



Høgskulen på Vestlandet

BFY330 - Bacheloroppgave

BFY330

Predefinert informasjon

Startdato:	06-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	21-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 BFY330 1 HM 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 356

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 11604

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 27

**Andre medlemmer i
gruppen:** 361

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

Bacheloroppgave

Smerte, spenning og samleie – fysioterapeutens erfaring med vulvodyni
Pain, tension and intercourse – the physiotherapists experience with vulvodynia



Bachelorutdanningen i fysioterapi
BFY-330

Institutt for helse og funksjon
Fakultet helse- og sosialvitenskap

21. mai 2019

Antall ord: 11604

Kandidatnummer 356 og 361

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

Forord

Vi vil med dette takke informantene våre for å ha delt verdifulle erfaringer og refleksjoner som har lagt grunnlaget for vår oppgave. Vi vil også takke vår veileder, Graziella Van den Bergh, for god veiledning og nyttige tilbakemeldinger i skriveprosessen.

Vi er stolte over å ha skrevet en bachelor om et viktig tema.

Sammendrag

Tittel: Smerte, spenning og samleie – fysioterapeutens erfaring med vulvodyni

Formål: Å belyse norske fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner rundt sitt arbeid med kvinner som har vulvodyni, med et mål om å belyse et viktig tema hvor fysioterapi har god effekt.

Problemstilling: *Hvilke erfaringer og refleksjoner har fysioterapeuter rundt sitt arbeid med kvinner som har vulvodyni?*

Metode: Med bakgrunn i problemstillingen benyttet vi oss av en kvalitativ metode. Vi gjennomførte semistrukturerte forskningsintervjuer med tre norske fysioterapeuter som jobber med vulvodyni. I analysearbeidet av våre funn tok vi utgangspunkt i analysemodellen systematisk tekstkondensering.

Resultater: Fysioterapeutene erfarer at mange kvinner med vulvodyni er unge og velfungerende, men tungt preget av smerter, muskelspenninger, bekymringer og ballast. Kvinner med vulvodyni opplever nedsatt livskvalitet. I sitt arbeid fokuserer fysioterapeutene på å skape en god terapeut-pasient relasjon. Alle palperer vaginalt, men de har ulike refleksjoner rundt gjennomføring. Alle mener at økt kroppsbevissthet er nødvendig for bedring, men har noe ulikt syn på bruk av utstyr som behandlingsverktøy. De trekker frem viktigheten av at kvinner med vulvodyni får hjelp, og at fysioterapi har svært god effekt. I tillegg belyser informantene utfordringer i samfunnet knyttet til pliktsex, utseende og tilgang til helsehjelp for kvinner med vulvasmerter.

Konklusjon: Vi ser at fysioterapeuter har en viktig rolle i møte med kvinner som har vulvodyni. Fysioterapi kan bidra til smertefrihet og økt livskvalitet. Forekomsten blant den kvinnelige befolkningen er høy og ventelistene er lange. Prognosen er god med rett behandling. Derfor er det behov for flere fysioterapeuter med kompetanse innen vulvaplager.

Abstract

Title: Pain, tension and intercourse – the physiotherapists experience with vulvodynia

Purpose: We wanted to present Norwegian physiotherapists experiences and reflections around their work with women suffering from vulvodynia, with the purpose of displaying an important issue where physiotherapy shows effect.

Research question: *Which experiences and reflections do physiotherapists have concerning their work with women suffering from vulvodynia?*

Method: In consideration of the research question we used a qualitative method. We conducted semi structured interviews of three Norwegian physiotherapists who work with vulvodynia. We based our analysis on the Systematic Text Condensation model.

Results: The physiotherapists experience that many women with vulvodynia are young and successful, but heavily affected by pain, muscular tension and distress. Women with vulvodynia experience reduced quality of life. In their work the physiotherapists focus on building a therapist-patient relationship, that includes comfort, support and guidance. They have somewhat different views when it comes to examination of the vagina, and the use of equipment in treatment. All of them emphasizes that increasing body awareness is necessary for recovery. They point out the importance of providing help for women with vulvodynia, and that physiotherapy is proven to be a very effective treatment. In addition, they bring forth challenges in society concerning going through with intercourse despite pain, physical appearances, and the access to healthcare for women with vulvar pain.

Conclusion: We found that physiotherapists are an important profession in dealing with women suffering from vulvodynia. Physiotherapy contributes to pain relief and increased quality of life. There is a high prevalence of vulvodynia in the population, and long waiting lists. Vulvodynia has a good prognosis when treated correctly. Therefore, we need more physiotherapists with competence within this field.

1. INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 PROBLEMSTILLING	2
2. TEORI	3
2.1 ANATOMI	3
2.2 VULVODYNI	3
2.3 FYSIOTERAPI OG VULVODYNI	5
3. METODE	7
3.1 HVA ER METODE?	7
3.2 VALG AV METODE	7
3.3 VALG AV INFORMANTER	8
3.4 GJENNOMFØRING	8
3.5 METODEDRØFTING	9
4. FUNN	13
4.1 FYSIOTERAPEUTERS TANKER OM KVINNER MED VULVODYNI	13
4.2 FYSIOTERAPEUTISK UNDERSØKELSE OG BEHANDLING	16
4.3 VULVODYNI OG SAMFUNN	24
5. DRØFTING	27
5.1 STORE SMERTER REDUSERER LIVSKVALITET	27
5.2 FYSIOTERAPEUTISK UNDERSØKELSE OG BEHANDLING	27
5.3 VULVODYNI OG SAMFUNN	31
6. KONKLUSJON	34
REFERANSER	36
VEDLEGG	38
VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE	38
VEDLEGG 2: INFORMERT SAMTYKKE	40

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

10-15% av alle norske kvinner vil oppleve langvarige smerter i vulva i løpet av livet (Vulva.no, 2019e). Tilstanden heter vulvodyni. I dag vet vi lite om vulvodyni og mangelen på kunnskap kan oppleves bittert og stigmatiserende for kvinner i møte med helsevesenet. Mange opplever å ikke bli tatt på alvor, og helsepersonell kan ofte være usikre på vulvasmerter (Brochmann & Dahl, 2017, s. 224). Smertetilstander i underlivet er tabu (Helgesen, 2019) og mange kan føle seg alene om plagene (Vulva.no, 2019b). Kroniske vulvasmerter har stor innvirkning på kvinners livskvalitet (Arnold, Bachmann, Rosen, Kelly & Rhoads, 2006, s. 617; Hartmann, 2010, s. 510; Ponte, Klemperer, Sahay & Chren, 2009), og kan påvirke selvtillit og selvfølelse, seksualfunksjon, seksuelt begjær, parforhold, fysisk og psykisk helse og evnen til å arbeide (Iglesia, 2018; Kingsberg & Spadt, 2019).

I *Veileder i Gynekologi* anbefales fysioterapeuter med kunnskap om bekkenbunnsfunksjon i behandling av kvinner med vulvodyni (Kirschner et al., 2015). Fysioterapeuter har bred kompetanse innen muskulatur, og er følgelig en viktig yrkesgruppe i møte med kvinner med bekkenbunnsplager (Stormoen, 2019, s. 29). I forsknings- og fagmiljøet anses fysioterapi som en primær behandlingsmetode for vulvodyni, og beskrives som verdifull og effektiv (A. T. Goldstein et al., 2016; Henzell, Berzins & Langford, 2017; Spadt & Kingsberg, 2019).

I løpet av tre år på fysioterapistudiet har vi lært svært lite om vulvodyni, til tross for høy prevalens og god effekt av fysioterapi. Vi ble nysgjerrige på hvordan det er å jobbe med vulvodynipasienter, men fant lite informasjon om norske fysioterapeuters erfaringer med pasientgruppen. Fysioterapimiljøet som jobber med vulvodyni i Norge er lite, og ventelistene er lange. Det kan derfor se ut som at samfunnet har behov for flere fysioterapeuter med kunnskap om vulvaplager. Ved å skrive om fysioterapeuters refleksjoner i møte med kvinner med vulvodyni, håper vi at vi kan sette lys på det viktige og mulig tabubelagte temaet vulvodyni. Vi ønsker å finne informasjon om hvilke erfaringer og refleksjoner fysioterapeuter har med vulvodyni, i et håp om kanskje å bidra til økt kompetanse innen vulvodyni i fysioterapimiljøet.

1.2 Problemstilling

I denne oppgaven ønsker vi primært å undersøke fysioterapeutenes erfaringer og refleksjoner rundt vulvodynipasienter som ikke har født. Denne avgrensningen kommer av at vi opplever et stort fokus rundt svangerskaps- og barselsproblematikk innenfor kvinnehelse, og ønsker å belyse en tematikk der underlivsplager også kan forekomme før graviditet.

Vi har formulert følgende problemstilling:

«Hvilke erfaringer og refleksjoner har fysioterapeuter rundt sitt arbeid med kvinner som har vulvodyni?»

2. Teori

2.1 Anatomi

Vulva er den synlige delen av det kvinnelige kjønnsorgan (Vulva.no, 2019a).

Bekkenbunnsmuskulaturen danner et muskulært gulv og består av passasjer for endetarm, urinrør og skjedeinngang (Norsk Fysioterapeutforbunds faggruppe for kvinnehelse, 2014).

Det latinske navnet for skjede er vagina (Vulva.no, 2019a).

2.2 Vulvodyni

Vulvodyni defineres som «vedvarende vulvasmerter i minst 3 måneder, uten klart identifiserbar årsak, som kan ha potensielle tilknyttede faktorer» (Bornstein et al., 2016).

Tilstanden ser ut til å være en samling av symptomer for flere sykdomsprosesser, som ofte overlapper (Bornstein et al., 2016, s. 126). I følge Brochmann og Dahl vet vi ikke om «all vulvodyni er samme sykdom», men fordi fagfeltet er lite utviklet samles alt under fellesbegrepet vulvodyni (2017, s. 217-218).

Vulvodyni betegnes som lokalisert eller generalisert, avhengig av hvor smertene sitter (Bornstein et al., 2016, s. 127). Lokalisert vulvodyni kjennetegnes ved smerter i et avgrenset område, som rundt skjedeåpningen og klitoris. Generalisert vulvodyni gir smerter over hele vulva. Lokalisert vulvodyni har høyere prevalens blant yngre kvinner, mens generalisert vulvodyni er vanligere blant eldre (Brochmann & Dahl, 2017, s. 219).

Vulvodyni kan også defineres som provosert eller spontan, ut fra hvordan smertene oppstår. Provosert vulvodyni kan komme av seksuelle og ikke-seksuelle elementer (Bornstein et al., 2016, s. 127), som samleie, direkte berøring, tampongbruk eller å sitte på sykkel (Brochmann & Dahl, 2017, s. 219). Ved spontan vulvodyni kommer smertene plutselig, uavhengig av berøring. Provosert smerte er typisk for lokalisert vulvodyni, mens spontan smerte er typisk for generalisert vulvodyni. Provosert vestibulodyni (PVD) er den vanligste formen for vulvodyni. Kvinnene opplever da lokale, brennende smerter rundt skjedeåpningen, *vestibulum* (Bornstein et al., 2016; Brochmann & Dahl, 2017, s. 218; Henzell et al., 2017, s. 632).

Dyspareuni, smerte under eller etter samleie, er et assosiert symptom ved vulvodyni (Iglesia, 2018). Ofte opplever kvinner med vulvodyni frykt og varhet for smerte (Bornstein et al., 2016a, s. 129). Kvinnene kan komme inn i en ond sirkel hvor de utvikler unngåelsesatferd og spenner muskulaturen ytterligere ved forventninger om samleie, som vil resultere i forøket smerte under samleiet. Smerte avler smerte (Brochmann & Dahl, 2017, s. 222).

Tilstanden vaginisme assosieres ofte med dyspareuni og antas å være den vanligste kvinnelige, psykoseksuelle dysfunksjonen (Melnik, Hawton & McGuire, 2012). Vaginisme er tilbakevendende eller vedvarende, ufrivillige sammentrekninger av bekkenbunnsmuskulaturen. Kvinner blir ofte engstelige dersom de opplever problemer med å føre noe inn i skjeden, som ved samleie eller bruk av tampong (Vulva.no, 2019c). Ofte vegrer kvinnene seg for medisinske undersøkelser der noe skal føres inn i skjeden. Det er vanskelig å si om vaginisme og ulike typer vulvodyni er samme lidelse med ulikt navn, eller om det er to tilstander som opptrer sammen (Brochmann & Dahl, 2017, s. 224).

2.2.1 Årsak

Årsaken til at noen kvinner utvikler vulvodyni er ikke klarlagt. Trolig skyldes vulvodyni en kompleks sammensetning av faktorer knyttet til inflammasjon, hormoner, muskelvev, genetikk, miljø og psyke (Henzell et al., 2017, s. 631; Morin, Carroll & Bergeron, 2017, s. 296). Både patofysiologiske og psykososiale faktorer kan utløse smertene. Den ledende hypotesen er at en infeksjon eller et traume har initiert en lokal inflammatorisk respons i vulva. Responsen forårsaker en opphopning av nervefibre i vestibulum, og senker smerteterskelen i vulva slik at det skjer en sentral sensitivisering i nervesystemet (Iglesia, 2018). Hypotesen er særlig knyttet til PVD (Vulva.no, 2019e). Noen begrensede studier viser også en sammenheng mellom vulvodyni og gjentatte tilfeller av behandling mot underlivssopp (Brochmann & Dahl, 2017, s. 220). Andre faktorer som knyttes til vulvodyni og PVD er hypertoni og dysfunksjon i bekkenbunn. I tillegg kan angst, depresjon, barnemisbruk og posttraumatisk stress være risikofaktorer (Bornstein et al., 2016).

2.2.2 Prevalens

Statistikk på forekomsten av vulvodyni varierer. På den norske nettsiden vulva.no står det at 10-15 % av alle kvinner rammes i løpet av livet (Vulva.no, 2019e). I følge oppslagsverket UpToDate er forekomsten av kroniske vulvasmerter av alle slag, 3-15 % (Iglesia, 2018).

Helen Henzell, forfatter av en oversiktsartikkel fra 2017, oppgir at 6-8% av kvinner rammes hele tiden, og at opptil 25% rammes i løpet av livet (2017, s. 632).

2.3 Fysioterapi og vulvodyni

Målsettingen ved vulvodynibehandling er å redusere smerte og forbedre kvinnenes livskvalitet og seksualfunksjon. Studier anbefaler en multidisiplinær tilnærming med en sammensetning av fysiske-, psykiske- og farmakologiske terapimetoder. Med rett behandling blir de fleste smertefrie, selv om behandlingen være langvarig (A. T. Goldstein et al., 2016, s. 572; Henzell et al., 2017, s. 636) og krever stor egeninnsats (Vulva.no, 2019e). Det er ikke etablert en standardbehandling og behandlingen må tilpasses hver enkelt pasient.

Fysioterapi anses som den mest effektive behandlingen for kvinner med vulvodyni (Morin et al., 2017). Fysioterapi forbedrer seksualfunksjon og reduserer samleiesmerter (Henzell et al., 2017, s. 638). Behandlingen kan bestå av bevissthetstrening, mobiliserings- og stabiliseringsteknikker for bekkenbunns- og kjernemuskulatur, bløtvevsteknikker, triggerpunktsbehandling, og bruk av EMG biofeedback, elektrostimulering og vaginale dilatorer (A. T. Goldstein et al., 2016, s. 579; Henzell et al., 2017, s. 638; Spadt & Kingsberg, 2019). Tiltakene har som mål å øke bevissthet og proprioepsjon i muskulatur, forbedre avspenningsevne og selektiv muskelaktivering, normalisere muskulær tonus, gjenopprette optimal lengde på muskler og vev, desensitivisere smertefulle områder og redusere frykten for vaginal penetrasjon (Morin et al., 2017). Fysioterapeuten utarbeider ofte et egentreningsprogram med øvelser for muskler i bekkenbunn, mage, hofter, underekstremitetene og rygg, samt respirasjon og oppmerksomhetstrening. Egentrening skal styrke pasientenes selvstendighet og selvtillit, og forberede dem på å fortsette på egenhånd etter avsluttet behandling (Spadt & Kingsberg, 2019).

Det anbefales å bruke en biopsykososial og kontekstuell tilnærming som inkluderer pasientundervisning og smertehåndtering. Fysioterapeuter befinner seg i en verdifull posisjon til å etablere tillit med vulvodynipasienter, og kan være det første helsepersonellet pasientene åpner seg for om traumer (Henzell et al., 2017). Da må fysioterapeuten ha strategier for å takle eventuelle utfordrende situasjoner.

2.3.1 Undersøkelse av vulva og vagina

Undersøkelse gjennom palpasjon av bekkenbunnsmuskulatur og vulva er anbefalt som en del av undersøkelsen ved vulvodyni (Andrew T. Goldstein et al., 2016; Henzell et al., 2017; Iglesia, 2018; Kingsberg & Spadt, 2019). Før undersøkelsen er det anbefalt å gjennomføre en inspeksjon av området (Henzell et al., 2017; Kingsberg & Spadt, 2019). Fysioterapeuten undersøker sensitive områder, smertepunkter og muskelfunksjon. Det frarådes å bruke vaginale spekulum, ettersom det kan påføre kvinnene betydelig smerte og oppleves som svært traumatisk (Henzell et al., 2017; Vulva.no, 2019e). Fysioterapeuten må være bevisst sin kommunikasjon ovenfor pasient ved å fremme åpenhet, komfort, tillit og trygghet, og sette av god tid (Andrew T. Goldstein et al., 2016, s. 573). Ved enkelte tilfeller kan smerten være så stor at frykten for undersøkelse virker overveldende for kvinnen. Da kan det hende at undersøkelsen må forskyves. Det er viktig at kvinnen gir samtykke og føler at hun bestemmer over situasjonen (Henzell et al., 2017).

2.3.2 Biofeedback

Biofeedback brukes for å oppnå selvregulering av kroppsfunksjoner som er lite bevisst tilgjengelige (Svartdal, 2016). Biofeedback er anbefalt ved undersøkelse av bekkenbunn for å objektivt måle muskelkoordinasjon og avspenningsevne (Andrew T. Goldstein et al., 2016, s. 573). Det kan også brukes som behandlingsmetode for å øke muskulær kontroll, og forbedre muskelavspenning og kontraktile egenskaper (Morin et al., 2017, s. 297). Elektromyografi (EMG) er en type biofeedback som gir en grafisk fremstilling av muskelaktivitet (Helse Bergen, 2016). Ved vulvodyni brukes EMG for å gi tilbakemelding og fasilitere bekkenbunnsmuskulatur. Det er usikkert om EMG har effekt på utfallsmål ved PVD (Henzell et al., 2017, s. 315; Morin et al., 2017). Nyere forskning fokuserer lite på EMG som eneste behandlingsmetode (Andrew T. Goldstein et al., 2016, s. 580).

2.3.3 Seksuell helse som en del av fysioterapikonsultasjonen

Vulva.no veileder og oppfordrer helsepersonell til å gjennomføre seksuell anamnese. Seksualitet kan være vanskelig å spørre om, men er essensielt i møte med pasienter som har underlivssmerter (Vulva.no, 2019b). Gry Øystese Stormoen, forfatter av artikkelen *Generasjon seksuell prestasjon* i Fysioterapeuten, oppfordrer fysioterapeuter til å tørre å snakke om seksuell helse, og å veilede pasienter med vulvaplager. Hun mener at samtale og åpenhet vil bidra til å bedre pasientenes selvbilde (Stormoen, 2019, s. 28).

3. Metode

3.1 Hva er metode?

En metode viser oss hvordan vi kan gå frem for å finne og bearbeide ny kunnskap. Metode kan defineres som «(...) et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener til dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, 1985, s. 196). For at ny kunnskap skal anses som vitenskapelig, stilles bestemte krav til innhentings- og håndteringsprosessen (Jamtvedt, Hagen & Bjørndal, 2015, s. 155). I følge Malterud er vitenskapelig kunnskap et ”resultat av systematisk, kritisk refleksjon, til forskjell fra tilfeldige inntrykk eller selvbekreftende påstander” (2017, s. 17).

3.2 Valg av metode

Metoden må være egnet til å belyse problemstillingen (Thornquist, 2018, s. 17) og til å samle informasjon om fenomenet som undersøkes (Dalland, 2012, s. 112). Kvalitativ og kvantitativ metode er to måter å samle inn og bearbeide informasjon på i forskning. Begge metodene bidrar til å bedre forståelse for samfunnet vårt, og forskjellen knyttes i hovedsak til måten data samles på (Dalland, 2012, s. 114). I kvantitative studier samles i hovedsak kvantitative data, som oftest tall, mens data fra kvalitative studier er fortellende beskrivelser fra samtaler eller observasjon (Polit & Beck, 2012, s. 53). Kvalitativ forskning har som målsetting å tilegne seg dyptgående kunnskap og helhetlig forståelse av få enheter (Thornquist, 2018, s. 236). Dersom det finnes lite data om et fenomen fra før, kan det derfor være fordelaktig å velge kvalitativ metode (Polit & Beck, 2012, s. 55). En klar fordel ved kvalitativ forskning er at informasjonen som innhentes er nyansert og beskrivende. Studiene tar ofte sikte på å formidle helhet og forståelse for hver undersøkelsesenheter. På den andre siden er metoden tidkrevende og reduserer antall kunnskapskilder forskeren har kapasitet til å undersøke. Da er det vanskelig å generalisere resultatene (Dalland, 2012). Vi valgte en metode som var egnet til å kartlegge erfaringer og refleksjoner hos fysioterapeuter.

3.2.1 Kvalitativt intervju som metode

I et kvalitativt forskningsintervju produseres kunnskap gjennom interaksjon mellom intervjuer og intervjuperson (Kvale, 2009, s. 99). Samtale som forskningsmetode åpner opp for at informanten kan skildre hvordan hun opplever og erfarer verden (Kvale, 2009, s. 21). Forskningsintervjuet kan være åpent, semistrukturert eller strukturert (Flick, 2015, s. 141). Strukturerte intervju kan være lett å sortere, men innebærer en risiko for ikke å fange opp

viktige tema som ikke er inkludert i intervjuguiden fra før. Dersom en velger åpne spørsmål har informanten større spillerom til å komme med egne refleksjoner og tanker omkring temaene intervjueren tar opp.

3.3 Valg av informanter

Vi ønsket å intervju informanter med lang erfaring med vulvodyniaspasier. Når informanter innhentes til en undersøkelse på bakgrunn av deres særegne kompetanse om et bestemt fenomen, kalles det et strategisk utvalg (Dalland, 2012). Tidsrammen for bacheloroppgaven begrenset omfanget av data vi hadde kapasitet til å samle inn og bearbeide. I samarbeid med veileder besluttet vi å intervju tre fysioterapeuter, gjerne med ulik bakgrunn for å skape dybde i datamaterialet. Vi sendte mail til fire fysioterapeuter fra en samlet oversikt over behandlere som arbeider med bekkenbunnsplager, hvorav tre hadde mulighet til å delta. De arbeider i forskjellige norske byer. To jobber på institutt, én med driftstilskudd og én privat, og én jobber på sykehus. To er Mensendieck-fysioterapeuter og én er ordinær fysioterapeut. Alle informantene er kvinner og har lang erfaring med å jobbe med vulvodyni.

3.4 Gjennomføring

3.4.1 Intervju

I kvalitative forskningsintervju er det sentralt å kunne stille relevante spørsmål under intervjuene, for å få datamateriale med høy kvalitet (Kvale, 2009, s. 122). Før intervjuene gjennomførte vi derfor flere søk for å kartlegge hvilken informasjon som finnes om vulvodyni og fysioterapi fra før. Vi kontaktet også biblioteket og fikk hjelp til å finne relevant litteratur. Vi leste om kvalitativt intervju som metode for å forberede en intervjuguide. Ettersom intervjurollen er ny for oss, øvde vi oss også på å intervju hverandre.

I forkant av intervjuene fikk informantene tilsendt vår prosjektplan og skjema om informert samtykke (vedlegg nr. 2). Vi reiste til informantenes arbeidsplasser for å gjennomføre intervjuene. Ved hjelp av lydopptak på to mobiler tok vi opp intervjuene. Lydkvaliteten var gjennomgående god, med noen unntak. To av intervjuene varte i én time, mens ett varte i 30 minutter på grunn av informantens tidsskjema. Begge studentene deltok på alle intervjuene. Student 1 tok hovedansvaret for å lede intervjuene, mens student 2 observerte og stilte oppfølgingsspørsmål ved behov.

3.4.2 Transkribering

Transkribering betyr at muntlig språk fra en levende samtale overføres til skriftlig språk (Kvale, 2009, s. 187). Transkripsjonen ble gjort ordrett og på bokmål, delvis for å skrive en grammatisk riktig tekst, delvis for å anonymisere informantenes dialekt. Vi har anonymisert navn, stedsnavn og annen informasjon som kan gjøre informantene identifiserbare.

Studentene omtales som S1 og S2 og informantene omtales som I, i intervju A, B og C.

3.4.3 Analyse

For å analysere datamaterialet vårt tok vi utgangspunkt i analysemodellen systematisk tekstkondensering (engelsk: Systematic Text Condensation), en metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2017, s. 97). Vi fulgte analysemetodens fire steg i vår analyse. Vi gjennomførte hvert steg først på egen hånd, før vi møttes for å drøfte hva vi hadde funnet. Først tilegnet vi oss et helhetlig bilde over all data, som vi organiserte innenfor et begrenset antall foreløpige temaer. I neste runde identifiserte og sorterte vi meningsbærende enheter i datamaterialet. Videre abstraherte vi innholdet og skrev dem om til kondensater. Til slutt sammenfattet vi betydningen av resultatene i en analytisk tekst, som vi så stod i forsvarlig sammenheng med sammenhengens informasjonen ble hentet ut fra (Malterud, 2017, s. 94).

3.5 Metodedrøfting

3.5.1 Valg av metode

Kvalitativt forskningsintervju åpner opp for at informantene kan gi rike beskrivelser og eksempler fra sitt arbeid med kvinner med vulvodyni. Ettersom vår problemstilling omhandler informantenes egenopplevde erfaringer og refleksjoner, mente vi det var hensiktsmessig å gjennomføre kvalitative intervju. En klar fordel var at vi kunne stille oppfølgingsspørsmål, slik at vi sikret innhenting av data som belyser vår problemstilling. En ulempe er at metoden er tidkrevende og reduserer antall kunnskapskilder vi hadde kapasitet til å undersøke (Dalland, 2012). Få informanter gjør det også vanskelig å generalisere resultatene, men Dalland påpeker for øvrig at bredde ikke alltid er et formål for kvalitative forskningsintervju (Dalland, 2012). Tidsrammen satt begrensninger for hvor mye informasjon vi kunne samle inn og bearbeide. Vi valgte å gjennomføre tre dybdeintervju fremfor flere, kortere intervjuer, fordi vi da hadde tid til å få en dypere forståelse for erfaringene og refleksjonene til vårt strategiske utvalg.

Ettersom informantene våre har lang erfaring med vulvodyni, ønsket vi at de skulle kunne trekke inn temaer de mente var viktige. Derfor lagde vi en semistrukturert intervjuguide, som fungerte som en huskeliste under intervjuene. Da kunne vi sikre å innhente informasjon som belyste problemstillingen vår, samtidig som informantene hadde spillerom til å komme med levende beskrivelser, og å ta opp temaer vi ikke hadde forberedt.

3.5.2 Valg av informanter

Fysioterapeutene vi intervjuet er alle kvinner med lang erfaring med vulvodynipasienter. Vi valgte fysioterapeuter som jobber innenfor ulike deler av helsetjenesten i ulike byer, for å unngå at de skulle være betydelig preget av det samme arbeidsmiljøet, og mulig gjøre utvalget mer representativ for hvordan norske fysioterapeuter jobber. Etter intervjuene hadde vi begge en oppfatning av at informantene hadde ulike personligheter og måter å ordlegge seg på. To av informantene gav flere, nyanserte skildringer av pasientmøter, mens den tredje var mer nøktern i sine beskrivelser. Vi ser ingen tydelig sammenheng mellom fysioterapeutenes utdanning og arbeidsplass, og hvilken tilnærming de har til pasientene. Samlet tror vi at likhetene og ulikhetene mellom informantene har gitt oss et nyansert bilde av hvordan norske fysioterapeuter jobber med denne pasientgruppen, til tross for at vi kun intervjuet tre fysioterapeuter.

3.5.3 Gjennomføring av intervju

I forkant av intervjuene forberedte vi oss ved å lese om vulvodyni, fysioterapi og metode. Vi tror at forberedelsene gjorde oss egnet til å fange opp viktige tråder i intervjuene, slik at vi kunne stille relevante oppfølgingsspørsmål, spesielt da fysioterapeutene trakk inn temaer vi ikke hadde inkludert i intervjuguiden. I følge Kvale er samspillet mellom informant og intervjuer avgjørende for datamaterialets kvalitet (2009, s. 99). Vi ser det som en klar fordel at vi tok oss tid til å øve før vi gjennomførte intervjuene. Til tross for at det kreves omfattende trening for å bli en høyt kvalifisert intervjuer (Kvale, 2009, s. 99), stilte vi mindre ledende spørsmål etter å ha øvd. Vi ble også tryggere jo flere intervjuer vi gjennomførte. At student 1 hadde hovedansvar under alle tre intervjuene tror vi klargjorde dynamikken oss i mellom, slik at vi klarte å fokusere på informantene fremfor vår ansvarsfordeling. Vi tror også at en fast intervjuer skapte et likere utgangspunkt for de tre intervjuene. På den andre siden er bachelor en god mulighet for å øve seg på å lede et intervju i forsknings-

sammenheng, noe student 2 ikke fikk muligheten til i denne omgang. Intervjusituasjonene var hyggelige og inspirerende. Samtalen fløt naturlig og informantene delte raust av sine erfaringer.

3.5.4 Transkribering og analyse

Vi valgte å transkribere intervjuene ordrett og umiddelbart etter intervjuene. I følge Kvale er transkripsjoner ”svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser av direkte intervjusamtaler” (2009, s. 187). I transkripsjonsprosessen er det derfor viktig å være oppmerksom på at meningsinnholdet i samtalene kan endres, da det er utfordrende å videreformidle kroppsspråk, tonefall og pauser med skriftspråk. I våre transkripsjoner har vi beskrevet informantenes bevegelser, pauser i samtalen og tonefall, for å prøve å bevare noe av det relasjonelle som tar sted i et intervju. En utfordring ved å inkludere slike beskrivelser er at vår tolkning av informantenes væremåte inkluderes i råmaterialet. Vi tror for øvrig at viktig informasjon hadde falt bort om vi ikke hadde inkludert beskrivelsene.

Vi mener det er en fordel at vi gjennomførte analysestegene hver for oss, før vi møttes for å diskutere. Å skape en egen oppfatning av datamaterialet legger grunnlaget for verdifulle diskusjoner, og hjelper oss til å ha et kritisk blikk på egne tolkninger. Ofte kom vi frem til gode løsninger ingen av oss så i utgangspunktet, som vi ønsket å ta med i neste analysesteg. Denne dynamikken er vanskelig å få til om en analyserer stoffet sammen.

3.5.5 Forforståelse

Forforståelse er de erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver og teoretiske grunnlag vi har med oss inn i en forskningsprosess, som farger hvordan vi samler, leser og tolker data (Malterud, 2017, s. 44). Ingen forsker er verdinøytral, men ved å gjøre rede for eget standpunkt og egen forforståelse (Dalland, 2012, s. 117) er det lettere å forholde seg saklig under innhenting og bearbeiding av data. Vår forforståelse formes av vår rolle som fysioterapistudenter og som unge kvinner i dagens samfunn. Gjennom fysioterapistudiet har vi lært mye om undersøkelse, behandling og funksjon. Denne kunnskapen la grunnlaget for hvordan vi utarbeidet vår intervjuguide, og har trolig også påvirket hvilke typer oppfølgingsspørsmål vi valgte å stille informantene våre. Som unge kvinner opplever vi en tendens til økt fokus rundt kvinners kropp og seksualitet. Vi ønsker kort å trekke inn kampanjen #metoo fra 2017, som var et oppgjør mot uønsket seksuell oppmerksomhet mot

kvinner. Samtidig som #metoo har bidratt til å senke terskelen for å si ifra om seksuell trakassering (Orgeret, 2019), opplever vi at #metoo har endret stigmaet rundt kvinner og seksualitet generelt. Vi gikk inn i oppgaven med et ønske om å løfte frem et viktig, men lite omtalt problem, som skaper utfordringer i mange kvinners seksualliv. Vår motivasjon kan ha påvirket fokuset i oppgaven, hvor vi blant annet har prioritert å drøfte samfunnet kvinner med vulvodyni lever i, fremfor kun tradisjonelle fysioterapeutiske tema.

3.5.6 Etske aspekter

Ved å sende ut et informert samtykke klargjorde vi rammene for informantrollen. Et informert samtykke inneholder informasjon om undersøkelsens overordnede formål, hovedtrekk i design, mulige risikoer for å delta og sikring for at deltakelse er frivillig, med fri mulighet til å trekke seg (Kvale, 2009, s. 88).

Anonymitet har vært et viktig etisk fokus i arbeidet vårt med oppgaven. Vi er ansvarlig for at det anvendte datamaterialet ikke skal være mulig for utenforstående å spore tilbake til informantene våre.

Når informanter deler av sin kunnskap utsetter de seg for en risiko for at data kan tas ut av kontekst, og anvendes på en måte som de ikke er enige i. Vi er avhengige av informantenes bidrag for å gjennomføre undersøkelsen, og derfor er det viktig å være lojal mot informantene i vår behandling av datamaterialet. Slik kan informantene være trygge på at de skal kunne stille seg bak det endelige produktet de har bidratt til. Når en forsker på eget fagfelt kan det føles illojalt å publisere funn dersom de stiller andre fysioterapeuter i et dårlig lys. Som studenter uten erfaring innenfor vulvodynifeltet vil det være vanskelig å utfordre fagfeltet.

4. Funn

I dette kapitlet presenteres funn fra analysen i tre hovedtemaer: fysioterapeuters tanker om kvinner med vulvodyni, fysioterapeutisk undersøkelse og behandling, og vulvodyni og samfunn. Grunnet oppgavens begrensede omfang har vi ekskludert funn som omhandler fysioterapeuters samarbeid med andre yrkesgrupper.

4.1 Fysioterapeuters tanker om kvinner med vulvodyni

4.1.1 Unge, flinke kvinner

Alle informantene opplyser om at de fleste er unge kvinner, og informant A spesifiserer i 20 års alderen.

Informant B sier at:

«De er velfungerende unge jenter. Som er studenter eller i jobb (lang pause). Nei. Jeg har egentlig... (lang pause). Nei, altså, de er jo kjempe lei seg da, for at de har det sånn. Og de tror at det er dem det er noe galt med. (Pause). Men ikke noe... ikke noe sånn typisk felles...trekk... (pause). Nei.» Senere understreker informant B at *«det er veldig individuelt.»*

Informant A beskriver de som:

«Ofte ressurssterke pasienter. Om det er fordi at det er de som faktisk klarer å ta kontakt, eller det er fordi de har høye forventninger til seg selv, det vet jeg ikke». «De er ofte veldig aktive, opptatt med høyere utdanning, engasjerte mennesker som ikke har så mye fritid nødvendigvis.»

Informant C beskriver at:

«En del av dem er litt sånn «flinke piker». Har litt de kroppslige symptomene, litt sånn stresset, flinke». «Noen kan være litt lett deprimerte. Trenger litt sånn ekstra stressmestring for eksempel.»

4.1.2 Dårlig kroppskontakt og kroppsfixering

Alle informantene ser en tendens til nedsatt kroppsbevissthet hos vulvodynipasienter. I følge informant C har pasientene:

«Litt sånn dårlig kontakt med kroppen sin syns jeg. Men om det er dem, eller om det gjelder alle. Det vet jeg ikke, men det er jo de jeg ser.»

Pasientene har også et distansert forhold til eget underliv. Informant A forteller:

«For mange som har disse plagene dessverre så har de bare stengt en dør for underlivet sitt. De vegrer seg for å både ta på, se på... Bare tanken på å liksom skulle nærme seg det, det bare byr de mot. Fordi det er et så problemfylt område.»

Informant C nevner flere ganger at hun syns de fokuserer mer på hvordan kroppen ser ut, fremfor hvordan kroppen kjennes ut.

«Hvis du driver og spuler deg i skjeden som er selvrensende, og bruker såpe, og så bruker de stramme stringtruser i blonder som driver og gnisser, og at du ikke skal ha bred rumpe, og smale lår og sitte der med magen inn. Så skjønner man at det skjer et eller annet der nede!».

4.1.3 «Noe som er litt vanskelig»

Mange av pasientene har en form for ballast med seg. Informant B sier at hun:

«Prøver å få tak i hvordan de har det i livet sitt. "Er det på en måte greit bortsett fra dette?" Eller, det høres veldig banalt ut, for ofte så er det ikke det. Hvis noen sier til meg at "Å! Jeg har det så fint, alt er bare fryd og gammen!", så tenker jeg "jaja".»

Det er ikke nødvendigvis en stor ballast, men at noe har vært litt vanskelig. Informant C gir noen eksempler:

«Mobbing. Noen som kjører på og ikke tar hensyn til seg selv. Ikke blitt sett. Litt vanskelige familieforhold. Hatt noen dårlige seksuelle opplevelser. Og hvorfor ikke de bare rister det av seg, som vi kanskje alle har hatt noe av, men at det forplanter seg i underlivet.»

Alle informantene nevner at noen pasienter har blitt utsatt for overgrep eller seksuelt misbruk, men understreker at dette gjelder langt fra alle.

4.1.4 Bekymringer og fortvilelse

Alle informantene peker særlig på at mange pasienter er veldig fortvilet, engstelige og lei seg som følge av plagene sine. Alle nevner at pasientene har søkt hjelp en rekke ganger, fått gjentatte antibiotika- og soppbehandlinger uten at det har hjulpet, som kan ha forverret opplevelsen av situasjonen deres.

«“Nå har jeg vært hele runden, og jeg vet ikke om du kan hjelpe meg, men jeg kommer allikevel”. Det betyr jo at de har et håp om at de kanskje kan få litt hjelp, men at det er en sånn mistrohet som kanskje ligger i bunnen der, eller en fortvilelse,» sier informant B.

*«Mange har slitt med mye dårlig samvittighet, spesielt hvis de har partner,» sier informant A. Informant B beskriver «hvis man ikke er i et forhold, så er det noen som kvier seg for å gå inn i et forhold. De tenker at “jeg kan ikke binde meg til noen fordi (*sukker*), jeg kan jo ikke ha sex.” Bekymrer seg med tanke på barn.» Informant C forteller at noen er redde kjæresten skal gå fra dem, eller at noen sier «“Hvorfor kan ikke jeg være som alle andre? Bare liksom hoppe til sengs, med alle, hvis jeg vil”.» Pasientene kvier seg ofte for å være intime fordi de føler en plikt for å ha penetrasjonssamleie. Mange har mye pliktsex, til tross for store smerter og penetrasjonsangst. Informant B forteller at noen pasienter tenker at «“bare jeg har nok pliktsex, så går det over”.»*

Mange pasienter holder også plagene for seg selv i mange år og tror det er bare dem det er noe galt med. Informant B understreker at hun *«støtter jentene på at dette er de ikke alene om. For det er jo mange som tror det.»* Informant C sier *«De er veldig bekymret for om, “hvorfor bare meg?”, “kommer det til å gå det over?”, “er det farlig?”.»*

4.2 Fysioterapeutisk undersøkelse og behandling

4.2.1 Det første møtet

Alle informantene understreker at medmenneskelighet, forståelse og støtte er særlig viktig i møte med denne pasientgruppen, fordi problemstillingene er så intime og private. Samtale legger grunnlaget for en god relasjon mellom fysioterapeut og pasient. Informantene lytter og gjør pasientene trygge på at de ikke er alene og at det er god prognose.

«Vi tørker mye tårer. Det gjør vi. Trøster,» forteller informant B.

Alle informantene mener at det er viktig å sette av god tid. Førstegangskonsultasjon varer mellom 1-1,5 time og inneholder alltid en god og grundig anamnese. Informant B sier det er viktig å få tak i hvordan pasienten har det i livet sitt. Informant C trekker frem at du er nødt til å være nysgjerrig på personen. Informant A mener at å snakke om plagene kan være terapi i seg selv. Mange av pasientene har aldri fortalt om problemene sine til noen. Gode samtaler kan ofte avdekke viktige sammenhenger som verken pasienten eller fysioterapeuten trenger å være klar over, men som kanskje er helt vesentlig for å få det bedre.

«Hvis vi bare går i gang med tiltak uten å ha den samtalen så tror jeg vi mister en veldig veldig viktig faktor,» understreker informant A.

Informant C trekker frem ærlighet og humor som viktige virkemidler for å nå inn til pasienten:

«Jeg hadde en pasient som hadde så lange og fine negler at hun ikke ville tøy seg selv, og da sier jeg “men gud, jeg må jo klippe neglene for å kunne gjøre det på deg. Det var dårlig gjort altså, skal jeg begynne å spare meg såne lange, så kan jeg tøy bekknebunnen din.” Så vi ler masse.»

Hun påpeker for øvrig at det er en fin balansegang mellom ikke å skulle trå over noen grenser, men allikevel treffe, og at du generelt i møte med kvinner med vulvodyni alltid må være tilstede, være følsom, bevisst og lydhør.

Informantene bruker mye tid på å avdramatisere smertene gjennom å forklare smertefysiologi, fear-avoidance og funksjonell anatomi. Det er viktig at pasientene forstår sammenhenger mellom smerter og spenninger i kroppen. Informant C sier at hun gjennom forklaringer prøver å roe pasientene ned og få dem til å forstå at smertene virkelig ikke skyldes strukturelle skader, og at en kan gjøre noe med smertene. I følge informant A blir pasientene utrolig lettet etter førstegangskonsultasjonen fordi de føler seg møtt, hørt og sett.

4.2.2 Undersøkelse

Alle informantene gjør en generell funksjonsvurdering av pasientene, som blant annet innebærer observasjon av holdning og bevegelse. Informantene undersøker også bekkenledd, sete, hofte, korsrygg og mage. Palpasjon av muskulatur i bekkenregionen er viktig, og de tester også muskulatur og undersøker distinkte smertepunkter.

«Det som er inni bekkenet og det som er utenpå bekkenet påvirker hverandre veldig ofte,» forklarer informant A.

Det er også relevant å se på spenning, avspenning og respirasjon.

4.2.2.1 Undersøkelse av vagina og vulva

Alle informantene undersøker pasientene vaginalt.

«Det er jo der de har vondt. Sant, hvis vi går til tannlegen med tannverk, så gaper vi jo opp!» påpeker informant B.

Informantene palperer musklene i bekkenbunnen for å undersøke muskulaturen og for å kartlegge hvor pasienten har vondt. Under palpasjonen bes pasienten om å prøve få kontakt med muskulaturen, slik at fysioterapeuten kan kjenne kraft og utholdenhet i bekkenbunnsmuskulaturen, samt avspenningsevnen. Informantene ser også etter irritasjon i vulva.

Tillit er svært sentralt ved vaginal undersøkelse. På grunn av gjennomførelsen av vaginalpalpasjon er informantene avhengige av å skape tillit slik at pasientene føler seg trygge. Vaginal palpasjon gjennomføres i pasientens tempo og fysioterapeutene informerer

alltid godt før de undersøker. Det er viktig at fysioterapeuten er trygg, for da kan det smitte over på pasienten.

«De fleste sier at “dette var jo peanuts i forhold til en gynekologisk undersøkelse”,» forteller informant A.

Informant B og C gjennomfører alltid vaginal palpasjon ved første konsultasjon. Informant B mener at det aller viktigste fysioterapeuter som jobber med vulvodynier gjør er å undersøke vaginalt. Å palpere vaginalt er å ta pasientens plager på alvor, og det ikke er mulig å se på noen hvordan de jobber med sin bekkenbunn.

Informant C sier:

«Jeg starter alltid der. De kommer på grunn av smerter i skjeden, fordi de har smerter ved samleie, eller svie, eller hva det er. Så starter jeg alltid der. Jeg kan ikke starte med å si at «Nei du, vet du hva, det er personlighetstypen du må gjøre noe med». Eller «her må du gå og fikse livet ditt, eller kanskje slå opp med typen». Hadde jeg starta der så hadde de jo bare dratt. Men ofte så jeg starter der problemet er. Og så jobber jeg meg utover.»

Informant A palperer nesten alltid, men hun trekker frem noen unntak:

*«Jeg informerer om hvordan det gjøres for å gi en trygghet inn i det. Og jeg merker ganske fort om det er en pasient som synes at det er helt uproblematisk eller om du bare merker at pasienten blir helt sånn (*viser bevegelse ved å knytte hendene og sperre opp øynene*). Holder pusten og bare blikket blir litt sånn. Får nesten sånn pusteproblemer når jeg begynner å snakke om det, og det er som oftest de som ikke klarer å gjennomføre en gynekologisk undersøkelse. For det er en del av dem. Og da gjør vi ikke det. Da sier jeg at vet du hva, det er helt greit at ikke vi gjør det, og det er ikke noe vi må. Det er noe vi kan, og grunnen til at jeg tilbyr det det er for å kunne spisse behandlingen for å vite mer nøyaktig hva vi har å jobbe med. Men det er mange ting vi kan gjøre uten å gjøre det. Og så kanskje om tre måneder, eller fem måneder, så plutselig er du klar, og så kan vi gjøre det. Men det er ikke noe jeg pusher på.»*

Informant B uttrykker at pasientene hun møter reagerer helt greit på vaginalundersøkelse og informant C sier:

«Jeg syns ikke det er en utfordring når det kommer til å palpere. Det har jeg gjort så mye og jeg er så trygg, at jeg tror at det gjør dem trygge. Selvfølgelig det er masse utfordringer, men jeg opplever det ikke som utfordring.»

4.2.3 Kliniske funn

Alle informantene beskriver at pasientene deres med vulvodyni sliter med sterke smerter i skjeden og underlivet, som de ofte går med over lengre tid. Ofte er årsaken til at de kommer fordi de opplever sterke smerter under samleie og penetrering, eller ved å sette i tampong. De fleste er veldig redde for smerte, da de ikke vet hva det skyldes eller hvordan de skal takle det.

De har et høyt spenningsnivå i bekkenbunnsmuskulaturen, og har vanskeligheter med å slippe spenningen.

Informant A sier at de er:

*«Knallgod på å stramme, men når de skal slippe er det ofte sånn at de kjenner, og jeg kjenner, at muskulaturen slipper saaakte (*åpner håndflaten langsomt*). Og så går det kanskje tre minutter og så "Kanskje har den sluppet nå? Kanskje ikke?" Og så ligger man litt og vaker der. Og det er en indikasjon på at det er for høy spenning i muskulaturen og det er problemer med å finne avspenningen.»*

Rene vaginismer ser de ikke så ofte, men informantene påpeker at de ofte ser en blandingstilstand mellom vulvodyni og vaginisme. Ofte er muskulaturen stram, uten at den er sterk eller utholdende. «Ofte når ting gjør vondt, så strammer man», påpeker informant B. Det kan da forekomme en sekundær spenning i muskulaturen.

Alle informantene sier også at mange pasienter har en generell spenningstilstand i kroppen, som involverer spenningssmerter i setet, bekkenet, hofter, magen og korsryggen. Flere har høycostal respirasjon, plager i mage og tarm og dysfunksjon i bekkenleddet.

Informant A trekker fram at:

«De fleste fungerer jo på et vis sant, men da er vi inne på det med kvalitet i hvordan har man det. For hvis man går med mye smerter så vil jo det legge en demper».
«Også er det jo selvfølgelig det der å kunne fungere, spesielt under fysisk aktivitet. For noen er det veldig forstyrrende i jobbsituasjon.»

4.2.4 Behandling

Informantene omtaler vulvodyni som et sammensatt problem, der ikke én fasit passer for alle pasienter. Det er viktig å jobbe helhetlig, med kropp og hode samtidig.

Kvinnenes hovedmål for behandling er individuelle, men alle informantene forteller at det kan innebære smertefrihet og å klare å gjennomføre samleie. Pasientene forteller om bedre livskvalitet når de kommer i gang med behandling, ettersom smertene minker og de klarer å fokusere på hverdagslige gjøremål. For å oppnå det forteller informantene at bedre funksjon i bekkenbunns-muskulaturen er nødvendig. Bekkenbunnsøvelser med fokus på å slippe spenning er essensielt. Informant A sier at det *«ikke er fokus på å bli sterk og stram»*, men understreker:

*«Husk slipp! Det er det som er viktig! Så det kan jeg liksom ikke få sagt mange nok ganger. Det repeter vi mange ganger, at husk at det er slippet, det er den som er liksom (*klikker med tungen*). Det er den som er viktig.»*

Utenom bekkenbunnsøvelser nevner informantene tiltak for respirasjon, avspenning, bevisstgjøring, sirkulasjon og tøyning. Informantene kan også gi bløtvevs- og triggerpunktbehandling, men understreker at det er pasientene sin egeninnsats i behandlingen som er viktigst. Informant B fremhever at pasientene ofte er glade for å få noe konkret å jobbe med for å bli bedre.

Av utstyr og seksualtekniske hjelpemidler kan fysioterapeutene bruke vaginal trykkmåler, EMG, elektrostimulering for å øke aktivitet og sirkulasjon i muskulaturen, ultralyd, dilatorer

for å tøyne bekkenbunnsmuskulaturen og gjøre vevet mer fleksibelt, og fingervibrator for å øke bevisstheten i bekkenbunnen.

4.2.3.1 Kroppsbevissthet - en sentral del av behandlingen

Informant A registrerer ofte tydelige muskelspenninger gjennom palpasjon og undersøkelse, som pasienten ikke har kjent selv. Hun beskriver en pasientsituasjon:

*«Det er mange som merker i behandling at de går fra å ”nei jeg har egentlig ikke vondt noe sted, men jeg har veldig vondt når jeg har samleie”. Og så begynner man å jobbe med alle disse forskjellige tiltakene og så viser det seg at når pasienten blir berørt, så kiler det noe fryktelig (*gjør stemmen lysere*) ”Åh, det kiler sånn!” (*lager hvinelyd*). Og det kan være hvor som helst på kroppen. Og så jobber vi og jobber, med øvelser og pust og avspenning og så plutselig så bare ”Gu! Jeg kjenner det gjør jo (*øker lydnivå*) kjempevondt her!” (*etterligner pasient*). Og så har det vært en sånn kilenhet, som gjerne har kamuflert det. Hun har ikke turt, hun har ikke klart å slippe til, slippe noe inn og kjenne etter. Og så plutselig så ser man pasienten bare begynner å registrere at (*ser ned på kroppen sin*) ”jeg har jo en kropp!»*

Å øke kroppsbevisstheten er helt sentralt for at pasientene skal bli bedre, i følge informantene. Pasienter får ofte en bedre livskvalitet når de får innsikt i kroppen som en helhet. Da klarer de å nå inn til de vanskelige områdene og merker fremgang.

Som nevnt har flere pasienter stengt en dør for underlivet og vegrer seg for å ta og se på. Informant A nevner at det kan være effektivt å stryke forsiktig over området i ytre kjønnsorganer med en mild olje, for å se om området kan bli mindre sensitivt. Informant C anbefaler pasientene å se på seg selv med speil eller å se på modeller av underlivets anatomi. Da blir pasienten gradvis tryggere og bedre kjent med seg selv. Å bli mer til stede i egen kropp er en «24 timers jobb som de må jobbe med hjemme,» påpeker informant C. For å få til en varig endring i egen kroppslige bevissthet må pasientene jobbe med seg selv hele tiden.

4.2.3.2 Bruk av utstyr for bevisstgjøring

Informant B gjør målinger med en vaginal trykkmåler som viser kraften bekkenbunnsmuskulaturen danner i en sammentrekning, ved avspenning og i hvile. Dette

bruker hun hver dag på pasienter. Hun mener det er en stor fordel «å ha et objektivt mål og ikke bare fingerfølelsen, eller den egenopplevde følelsen.»

Informant B forklarer:

«Da får vi ut en kurve, som vi printer ut og tar vare på. Og det som vi ser etter da, er, ikke sant, «Klarer du å slappe litt mer av nå?». Og da kan man sammenligne etter noen måneder. Så det syns jeg er veldig pedagogisk.»

Hun bruker også EMG og tror at mange som arbeider med bekkenbunnsproblematikk bruker EMG for å måle muskelaktivering, uten at hun vet det sikkert. EMG gir også en kurve, hvor du kan se kontraksjon og avspenning. Informant B mener det er en styrke å bruke slike verktøy fordi det skaper et konkret sammenligningsgrunnlag som kan vise fremgang og virke motiverende.

Informant A bruker ikke en vaginal trykkmåler ved undersøkelse, men bruker ofte EMG og elektrostimuleringsapparat i behandling. Hun bruker blant annet programmer for å styrke bekkenbunn og for å bevisstgjøre. Apparatet har egne avspenningsprogrammer der pasientene kan se på skjermen om de klarer å slappe av i muskulaturen. Hun beskriver at pasienter skjønner at:

«Åja nå trodde jeg jeg slappet av, men det gjør jeg jo ikke. Jeg ligger jo fortsatt der oppe. Klarer jeg å slappe enda bedre av hvis jeg puster enda litt dypere?».

Informant C ønsker å lære pasientene at det er ikke utstyr som skal til for at de skal bli bra. Hun bruker EMG, men mest til forskning eller dersom pasientene har svært nedsatt kroppskontakt. «Så ofte for å vise at «se her», ikke sant?». Hun understreker for øvrig følgende:

«Jeg prøver å bruke minst mulig utstyr, for jeg vil at de skal skjønne at det er ikke et apparat som har hjulpet deg. Men de er jo så opptatt av sånn, det har jo litt med den «quick fix» biten. «Noe må fikse meg». Ja, så det er derfor jeg er bevisst det da. Så blir du jo så god etterhvert at hvis jeg tar en EMG-probe i skjeden så vil den vise det jeg vet jeg vil finne.»

4.2.3.3 *Selvstendighet og støtte*

Informantene bruker mye tid på å motivere og skape håp hos pasientene. Behandlingen krever mye egeninnsats og derfor er det viktig å fremme pasientens egne ressurser. Pasienten må selv gjøre jobben som kreves for å bedre innsikten i egen kropp. Informant C understreker at pasienten «*ikke skal være avhengig av meg for å gjøre dem friske*». Informant A er klar på at pasientene har en åpen returmoglighet, slik at de ikke føler at «*fra nå av så står jeg på egne bein*». Informant B spør alltid pasientene om de kommer til å gjøre øvelsene hun gir dem. Om de ikke er motiverte er det ikke noe mer hun kan gjøre. «*Jeg kan ikke si «skal» eller «må». Jeg kan bare anbefale*».

Samtidig forteller informantene at de tidlig kan sitte med en følelse av at pasientene har det utfordrende i livet sitt, dersom de sliter med å ta tak i plagene sine.

Informant C sier at:

*«Det er det som er så artig! Fordi at jeg vet at det er noe der. Og så kan jeg ikke presse pasienten til, for det første så kan det være at den ikke husker noen ting, eller at de har fortrent det. Så jeg kan ikke presse fram. Men det er noe med å få, etter hvert så kommer det jo opp da. Og det må jo komme opp når pasienten er klar for det, men jeg sitter jo tidlig (*legger trykk på tidlig*) med en følelse om at her er det et eller annet.»*

Det er lurt å spørre, men ikke presse. Pasienten må få tid til at minnene kan komme av seg selv, og ofte medbringer minnene store følelser. Minnene kan gjelde for eksempel ubehagelige seksuelle opplevelser eller vanskelige forhold i familien, og ikke sjelden kan fortrente minner komme opp under øvelser i behandling. Underlivssmerter er et intimt og privat problem som flere går med over lang tid. Når en da begynner å ta tak i situasjonen, vil det naturligvis påvirke hvordan en har det. Noen pasienter har aldri snakket om plagene før de kommer til fysioterapeut, og overveldes av følelser eller kollapser. Informantene har stor respekt for at ikke alle pasienter har kapasitet til å ta tak i problemene sine, fordi livet er for vanskelig. Informant B forteller om pasienter som kommer tilbake etter et par måneder og sier:

«Nei vet du hva, jeg har ikke orket å gjøre noen ting. Jeg har ikke orket å forholde meg til den bekkenbunnen, fordi jeg ble så satt ut.» Og da tenker jeg det at det er greit, det er helt ok. «Jeg er her», ikke sant? De kan komme igjen om et år, og jeg gir støtte på at det er greit.»

Å jobbe med sin egen vulvodynium krever mye, ikke bare i timen, men også etterpå, og hver og én må jobbe med sin smerteproblematikk når de orker å gjøre det. Da tar informantene et steg tilbake og gir pasienten mer tid til å være i prosessen.

4.3 Vulvodynium og samfunn

4.3.1 Holdninger i befolkningen

4.3.1.1 Kroppen som objekt

Informant C syns kroppen blir mer og mer objektivisert i dagens samfunn.

«Det er mer hvordan ser jeg ut enn hvordan har jeg det i meg. Det er mer sånn prestering. Ja og “jeg skal være sterk for å se bra ut, ikke fordi jeg skal kunne lempe på ting” for eksempel.»

Hygiene og barbering trekkes også frem. Mange mener at underlivet ikke skal lukte og det er ikke uvanlig at kvinner bruker såpe og spylar seg i skjeden. Kroppshår, som hindrer fukt og infeksjoner, barberes bort. Informant B mener at det er viktig å gjøre noe med pornografien, som viser et perfekt bilde av kvinners underliv. Det finnes prosjekter som Viva La Vulva, som ønsker å endre samfunnets syn på hvordan en vulva ser ut.

«En vulva er ikke bleket og ser ut som en tolvåring,» sier informant B.

Mange kvinner bruker stramme stringtruser i blonder, som skaper friksjon mot underlivet. Samtidig spenner mange seg ved å holde inne magen, og passer på at lår og rumpe ikke blir brede når de sitter.

4.3.1.2 «Fiks meg»

Informant C ser en uheldig trend som hun kaller «fix me generasjonen», hvor pasientene føler at «noe må fikse meg». Hun ser at denne holdningen går igjen blant yngre pasienter.

«De må klare å ta tak i ting, prøve og gjøre noe med det. Enn å forvente at, for det er jo veldig mye sånn fix me generasjon. Det er kanskje ikke bare hos denne typiske gruppen, men jo yngre de er. Jeg syns at jo eldre damer er, de skjønner at man må gjøre noe med det selv.»

4.3.2 Lite informasjon skaper en følelse av å være unormal

Tidligere nevnt påpeker informantene at mange med vulvaplager holder problemene for seg selv. De tenker at «det er meg det er noe galt med», og de snakker ikke om det til noen.

Informant B sier at hun håper den holdningen skal endre seg, sakte men sikkert. Kvinner som har vulvodyni har heller ikke noen klar kilde å hente informasjon om plagene sine fra.

Informant B påpeker at:

«Det florerer mye informasjon på nettet som egentlig gjør mer skade enn det gagnar.»

4.3.3 «Det er fysioterapi som må til for at pasientene skal bli bra»

Det er flere og flere som kommer med samleiesmerter til fysioterapeut, «for det er flere som skjønner at vi kan gjøre noe med smertene», forteller informant C. «Mange blir overrasket over at de blir anbefalt å gå til fysioterapeut,» sier informant A. Pasienter kommer ofte med lite spesifikke henvisninger fra allmennpraktiserende som ikke finner noen klar diagnose, og som kanskje vet lite om bekkenbunnsplager.

Alle informantene er klare på at fysioterapeuter har mye å gi til unge kvinner med denne problematikken.

«Jeg tenker at vi har veldig mye å bidra med som fysioterapeuter, veldig mye. For det vi jobber så helhetlig. Hvert fall så gjør vi det da, med denne problematikken,»
påpeker informant B.

Informant C forteller at rent erfaringsmessig ser hun at det er fysioterapi som må til for at pasientene skal bli bra. «*God effekt og suksessfaktor*». Informant C peker også på en generell økning i smerte i befolkningen.

«Bli nysgjerrig på smerten, ikke være redd den. For det at det er så mye smerte, og vi møter det mer og mer som fysioterapeuter. Så bruk det. Og så tenker jeg at fysioterapi og alt det, det er så mye mer enn bare, spill på det man har av egne ressurser og. Ut og høst livserfaringer!»

Informantene mener det er viktig med fysioterapeuter som kan ufarliggjøre vulvaplager og som tør å snakke om seksuell helse.

«Også ikke minst at vi har en som tør å spørre om seksuell helse. Tør å si ordet «skjede» og «penetrering» og hva, altså, vi må tørre å snakke om det for at de skal tørre å åpne seg,» poengterer informant A.

Fysioterapimiljøet er ikke mettet og informantene påpeker at ventelistene er lange. Det trengs flere med denne kompetansen. Informant A synes det er utfordrende med pasienter hun stagnerer med, ettersom de gjerne ikke har et annet sted å gå, enten det er hos en annen fysioterapeut eller hos andre yrkesgrupper.

Vulvaplager som kvinnehelse anliggende er ikke politisk prioritert. Informant B forteller at mangel på kunnskap hos allmennpraktikerne er en stor utfordring, men at hun ser en fremgang. Informant C understreker også viktigheten av dyktige leger. Det er viktig å få vulvaplager på dagsorden. I følge informant B gjør underprioriteten i helsevesenet vulvaplager til en utfordrende sak å kjempe for.

5. Drøfting

Drøftingskapittelet har følgende inndeling: store smerter reduserer livskvalitet, fysioterapeutisk undersøkelse og behandling, og vulvodyni og samfunn.

5.1 Store smerter reduserer livskvalitet

Informantene understreker at vulvodynipasienter er preget av store smerter. Smertene går betydelig utover livskvaliteten deres og kan virke forstyrrende i alle aspekter av hverdagen. Informantene forteller om bedre livskvalitet hos pasientene når de kommer i gang med behandling, nettopp fordi smertene minker. Vulvaplager kan påvirke fysisk og psykisk helse, og begrense seksuelle og ikke-seksuelle aktiviteter, som samleie, fysisk aktivitet og jobb (Brochmann & Dahl, 2017, s. 219; Iglesia, 2018; Kingsberg & Spadt, 2019). At kvinnene opplever nedsatt livskvalitet er dokumentert i forskning, både i form av at kvinnene selv rapporterer det i forskningsøyemed, men også at mål for behandling ofte oppgis å være «å bedre livskvalitet» (Arnold et al., 2006, s. 617; Hartmann, 2010, s. 510; Henzell et al., 2017, s. 631; Ponte et al., 2009). Disse studiene viser også at livskvaliteten øker når smerter reduseres og seksualfunksjon bedres. Det er tydelig at vulvodyni gjør noe med hvordan kvinnene har det. Uten å ha intervjuet pasienter, forstår vi på informantene at vulvasmerter kan være vanskelig å takle for pasientene. Smertene ser ut til å hindre dem i å gjennomføre aktiviteter som er viktige for dem, for eksempel samleie. Flere av kvinnene med vulvodyni er i 20-årene, en alder hvor utforskning av egen seksuell identitet er viktig, og da er det naturlig at livskvaliteten påvirkes.

5.2 Fysioterapeutisk undersøkelse og behandling

5.2.1 Samtale – nøkkelen til relasjon og informasjon

Å vise medmenneskelighet og forståelse er vesentlig i møte med vulvodynipasienter. Kvinnene er ofte svært bekymret og lei seg, og har holdt plagene for seg selv over lang tid. Det er viktig å bruke mye tid på å lytte og trøste. Informantene mener at samtale legger grunnlaget for en god relasjon og at å snakke om ting kan være terapi i seg selv. Informantene forteller at pasientene vanligvis er utrolig lettet etter sin første konsultasjon, fordi de føler seg møtt, hørt og sett. I følge Thornquist er det avgjørende at helsepersonell kommuniserer til pasienten at de forstår, hører og ser for å understreke at de er oppmerksomme og interesserte.

Da kan pasienten få et inntrykk av at det går an å snakke om problemer (2009, s. 125). Som fysioterapeut er det viktig å være bevisst egen fremtoning, i lys av hva pasienten du møter har behov for. Vårt inntrykk er at kvinner med vulvodyni trenger å møte noen som åpner opp for å snakke om intime og privat problemstillinger, og som møter de på at de ikke er alene lenger og at det kommer til å bli bedre.

Informant C oppfordrer oss som studenter til å spille på egne ressurser og livserfaringer, og bruker selv mye humor for å nå inn til pasientene. I følge Thornquist presenterer mennesker i ett hvert øyeblikk hvem vi skal være for hverandre i en relasjon (2009, s. 34). Både pasienter og helsepersonell kan spille på flere sider av seg selv enn bare de sidene som er relevante for yrkesutøvelsen. Vårt inntrykk er at åpenhet og humor kan redusere avstanden mellom pasient og fysioterapeut, og at humor kan ufarliggjøre vanskelige og intime samtaleemner.

Informantene påpeker at samtale også kan avdekke sammenhenger som verken de eller pasientene er klare over, som er vesentlig for at pasientene skal få det bedre. Samtale er viktig før de setter i gang med tiltak og informantene gjennomfører en god og grundig anamnese der de prøver å få tak i hvordan pasientene har det i livet sitt. I følge Thornquist er samtale både et middel og et mål, der helsepersonell skaper en relasjon samtidig som de henter ut informasjon (2009, s. 126). Thornquist beskriver at samtale kan være en forståelsesprosess for begge parter. Det er viktig at pasientopplysninger ses i lys av pasienten sin situasjon. Dersom helsepersonellet lykkes i å knytte informasjon til kontekst kan samtale bidra til forståelse og adekvat handling (2009, s. 110). Vi tolker informantene og Thornquist dithen at det er viktig som fysioterapeut å kartlegge bakenforliggende årsaker som kan bidra til pasientens plager. Slik kan fysioterapeutene skape endring ved roten til problemene. Vårt inntrykk er at fysioterapeutene bruker mye tid på å bli kjent med pasientene og deres liv, som både virker relasjonsbyggende og relevant for videre veiledning og behandling.

5.2.2 Bør vagina og vulva undersøkes ved første møte?

Alle informantene mener at undersøkelse av vagina og vulva er nødvendig i møte med kvinner med vulvodyni. Informant B og C undersøker alltid vaginalt ved første konsultasjon. De forteller at god kommunikasjon og egen trygghet gjør vaginal palpasjon ukomplisert å gjennomføre. Informant A forteller på sin side at hun kan gjøre unntak eller utsette vaginalundersøkelse, dersom hun vurderer at pasienten ikke er klar for det. Undersøkelse av

bekkenbunnsmuskulaturen og inspeksjon av ytre kjønnsorganer er anbefalt hos kvinner med vulvodyni (Andrew T. Goldstein et al., 2016; Henzell et al., 2017; Iglesia, 2018; Kingsberg & Spadt, 2019), men i de tilfellene der frykt for smerte og undersøkelse blir for overveldende, må undersøkelsen forskyves (Henzell et al., 2017). Det er tydelig at informantene tar hensyn til pasientene. De bruker god tid på å etablere tillit og skape trygghet før vaginal undersøkelse. Informantene virker oppmerksomme på og reflekterer over pasientenes reaksjonsmønster. De har for øvrig ulike tanker om å utsette eller unngå undersøkelsen. Vi som studenter, uten erfaring med vaginal undersøkelse, ser for oss at kvinner med smerter og penetrasjonsangst kan oppleve vaginal undersøkelse som ukomfortabelt. Likevel tillater mange av dem at fysioterapeuter undersøker vaginalt ved første møte. Det er interessant å se dette i lys av at kvinner med vulvodyni ser ut til å opptre etter hva andre forventer av dem. Det hadde vært spennende å intervju pasienter om hvordan de opplever vaginal undersøkelse, for da kunne en ha avdekket om pasientene lar seg undersøke til tross for ubehag, på samme måte som de tvinger seg gjennom samleie.

5.2.3 Bedre kroppsbevissthet, mindre smerte?

Informantene ser en tendens til dårlig kroppskontakt blant vulvodynipasienter. Mange distanserer seg fra eget underliv og klarer ikke kjenne om de spenner eller slipper i bekkenbunnsmuskulaturen. Informant C sier at hun ikke er sikker på om nedsatt kroppsbevissthet gjelder alle kvinner generelt, eller om det faktisk er et særtrekk ved kvinner med vulvodyni. Informantene forteller at pasientene merker stor fremgang og får bedre livskvalitet når de får et mer helhetlig bilde av kroppen sin. Vi har ikke funnet studier eller litteratur som bekrefter at vulvodynipasienter som gruppe har særlig nedsatt kroppsbevissthet sammenlignet med resten av befolkningen. Vi har heller ikke funnet bevis som støtter opp under effekten av økt kroppsbevissthet for kvinner med vulvodyni, men bevissthetstrening blir anbefalt som et av flere behandlingstiltak (Henzell et al., 2017). I boken *Læringsorientert fysioterapi: teori og praksis* påpeker forfatterne at kroppens representasjon i hjernen påvirkes ved vedvarende smertetilstander (Fadnes, Brodal & Leira, 2013, s. 47). Rot i nettverkene for kroppsrepresentasjon kan gjøre at en ikke oppfatter sanseinformasjon som forteller hjernen hvordan vi bruker kroppen og hvor kroppen er (Brodal, 2013, s. 207). Det helhetlige bildet av at «dette er min kropp», kan forstyrres av at en ikke bruker deler av kroppen på grunn av smerter eller frykt for smerte (Fadnes et al., 2013, s. 47). Selv om vi ikke har funnet studier eller litteratur om sammenheng mellom kroppsbevissthet og vulvodyni, kan det virke som at

informantenes erfaring med redusert kroppskontakt hos vulvodynipasienter, sammenfaller med litteraturens beskrivelser av hvordan kronisk smerte påvirker kroppsbevisshet. En slik forståelse kan forklare hvorfor et smertefullt underliv føles fremmed, og ikke lenger som en del av kroppen. Det virker som at et bevisst forhold til hele kroppen er nødvendig for å kunne kjenne etter når noe gjør vondt. Slik kan vulvodynipasienter også bli bevisste på hvor egne grenser går, og endre vaner som har negativ innvirkning på kroppen, som for eksempel pliktsex.

5.2.4.1 Bruk av biofeedback – et dilemma

Informantene kan bruke biofeedback eller vaginal trykkmåler for å gjøre pasientene oppmerksomme på aktiviteten i egen bekkenbunnsmuskulatur og redusere spenninger. Informant B mener det er en stor fordel å ha objektive måleverktøy, fordi den pedagogiske fremstillingen hjelper pasientene til bevisstgjøring. Hun påpeker også at visuell og håndfast fremgang kan være svært motiverende for pasientene. Informant C trekker frem at hun ikke vil at pasientene skal tro at en maskin har gjort dem friske, og at hun prøver å bruke utstyr som EMG så lite som mulig. 50% av friske kvinner har vanskeligheter med å gjennomføre en adekvat kontraksjon av bekkenbunn kun ved hjelp av verbal instruksjon (Morin et al., 2017). Biofeedback er anbefalt ved undersøkelse av bekkenbunn, på grunn av objektiviteten det medfører (Andrew T. Goldstein et al., 2016, s. 573). Det er også vanlig å bruke EMG i vulvodynibehandling, men effekten er usikker (Henzell et al., 2017, s. 639; Morin et al., 2017). Det er interessant å se at så mange kvinner uten vulvodyniproblemer har problemer med å kontrahere bekkenbunnsmuskulaturen ved verbal instruksjon. Dersom kvaliteten på bekkenbunnsøvelsene er inadekvate, vil effekten av øvelsene reduseres. Gjennom å bruke biofeedback kan fysioterapeuten sikre at bekkenbunnsøvelsene gjennomføres riktig, samtidig som at pasienten forstår hvordan en bekkenbunnskontraksjon skal gjennomføres. Å se en objektiv fremgang kan også virke motiverende senere i behandlingsforløpet. På den andre siden er det viktig at pasientene evner å kjenne etter muskulære forhold i egen bekkenbunn, uten å være avhengig av å se på en kurve. Å stole på egen kroppskontakt kan fremme kvinnenes selvstendighet, og skape trygghet for eksempel ved et samleie. En slik innsikt kan med fordel opparbeides i samarbeid med fysioterapeuten. En løsning kan være at pasientene får øve på å gjennomføre kontraksjoner uten biofeedback parallelt, slik at de etter hvert blir mindre avhengige av kurven på skjermen for å vite hvordan den muskulære tilstanden i egen bekkenbunn er.

5.3 Vulvodyni og samfunn

5.3.1 Smerter, skam og samleie

I følge informantene har mange kvinner med vulvodyni mye pliktsex, til tross for store smerter. Informant B forteller at noen pasienter håper at «*bare jeg har nok pliktsex, så går det over*».» Kvinner med vulvodyni kan være svært bekymret for å skuffe partner, eller å innlede nye forhold på grunn av samleiesmerter. Informant C beskriver utsagn som «*hvorfor kan ikke jeg være som alle andre? Bare liksom hoppe til sengs, med alle, hvis jeg vil*». Gry Øystese Stormoen omtaler dagens unge kvinner som ”generasjon seksuell prestasjon” (2019). En enkeltstudie fra USA viser at tre fjerdedeler av kvinner som opplever smerte ved samleie likevel gjennomfører (Arnold et al., 2006). I en norsk enkeltstudie kom det frem at to av tre norske kvinner med nedsatt seksuell lyst har gjennomført samleie likevel (Træen & Skogerbø, 2009). En svensk kvalitativ forskningsartikkel undersøkte årsaker til at kvinner med samleiesmerter fortsatte å ha samleie. De fant at kvinnene gjennomførte samleie for å opprettholde en fasade av å være den ideelle kvinne (Elmerstig, Wijma & Berterö, 2008). Faktorer som optimal sexlyst, å være mottagelig for partners behov og å tilfredsstille partner stod sentralt. I tillegg opplevdes gjennomføring av samleie som en bekreftelse på å være en normal kvinne. Vi forstår det slik at kvinner med vulvodyni kan føle det svært belastende å ha problemer med å gjennomføre samleie. Vulvodyni oppleves som et intimt problem som er vanskelig for pasientene å prate om. Vi, som unge kvinner, opplever selv et stort fokus på seksualitet i samfunnet, blant annet gjennom sosiale medier. Seksuelle erfaringer vi hører fra andre handler vanligvis om imponerende sexstillinger og orgasmer. Seksualitet fremstilles som en selvfølgelighet som alle tilsynelatende har et problemfritt forhold til. Paradoksalt nok kan det se ut som at denne åpenheten rundt seksualitet kan heve terskelen for åpenhet rundt tilfellene hvor seksualitet er vanskelig. Det kan henge sammen med at vulvodyni er en tabubelagt lidelse blant enkelte.

5.3.2 Flott utenpå, smertefull inni

Informant C ser en objektivisering av kroppen i samfunnet. «*Det er mer hvordan ser jeg ut enn hvordan har jeg det i meg*» sier hun. Pasienter spenner seg for å se veltrent ut, bruker stringtruser og vasker og barberer hyppig, selv om det øker infeksjonsfaren i underlivet. Thornquist hevder at kroppen har blitt noe som kan formes, manipuleres og vises fram (2009, s. 86). Stormoen opplever at fokuset blant yngre kvinner er rettet mot prestasjon, skjønnhet

og vellykkethet, og at de ønsker å leve opp til sine egne og andres forventninger (2019, p. 28). En britisk rapport fra 2017 viser at ungdom sammenligner seg selv med manipulerede bilder og videoer, og mange ønsker å endre eget utseende (Cramer & Inkster, 2017, s. 8-9). I følge rapporten kan jakten på perfektjonisme manifestere seg som angst og depresjon. Erfaringene våre setter spor i kroppen, og noen kjenner ikke kroppen sin før den er smertefull (Thornquist, 2009, s. 213). Informantenes utsagn, litteratur og teori ser ut til å peke i retning av at flere unge i stor grad ser seg selv utenfra. Det kan virke som at fokus på egen fremtoning gjør det vanskeligere for unge å være tilstede i kroppen sin. Vi ser at kroppslig bevissthet er en sentral faktor for bedring hos pasienter med vulvodyni, og da er det viktig at fysioterapeuter er oppmerksomme på en eventuell kroppslig objektivisering blant unge. Kvinner med vulvodyni som overdriver intimhygiene og bruker ukomfortabelt undertøy, klarer kanskje ikke å kjenne etter hvordan vanene påvirker underlivet deres. Vulvodyni kommer ikke akutt, og det kan være vanskelig for pasientene å se smertene i sammenheng med egne kroppslige vaner. Pasientene kan derfor ha behov for veiledning i å kjenne hvordan egen levemåte påvirker hvordan kroppen føles. Fysioterapeuters kompetanse innen kropp og tilstedeværelse kan derfor være svært nyttig i møte med vulvodynipasienter.

5.3.3 Blogg og forum som kunnskapskilde

Det er et problem at kvinner med vulvasmerter ikke har noen trygg kilde med informasjon om vulvaplager. Informant B har erfart at *«det florerer mye informasjon på nettet som egentlig gjør mer skade enn det gagnar»*. Informantene understreker at mange kvinner med vulvaplager tenker at *«det er meg det er noe galt med»* og holder problemene for seg selv. Informant B håper at holdninger som skaper skam og en følelse av å være unormal skal endre seg. Nettsiden vulva.no ble lansert våren 2019, for å gi praktisk veiledning til pasienter og helsepersonell basert på autorisert helsepersonells kliniske erfaringer og nettbaserte faktakilder (Helgesen, 2019). Nettsiden er en faglig trygg informasjonskilde som er ment til å spre kunnskap og åpenhet om vulvaplager i Norge. Tidligere har pasienter måttet ty til uprofesjonelle blogger og pasientforum for å lese om vulvaplager. Vi ser at avdramatisering og forklaring av vulvaplager er en viktig del av vulvodynibehandling, og da er det nødvendig å ha kunnskap tilgjengelig. Mangelen på kunnskap kan se ut til å underbygge følelsen vulvodynipasienter har av å være unormale, slik at de ikke forstår at de kan få hjelp. Å forstå at plagene skyldes en konkret tilstand kan motivere pasienter til selv å

være åpen om plagene. Vi anser derfor lanseringen av vulva.no som et viktig steg i riktig retning for å bedre tilbudet for kvinner med vulvodyni.

5.3.4 Fysioterapi - god effekt, lite tilbud

Alle informantene mener at fysioterapeuter har mye å gi til unge kvinner med vulvodyni. De ser en tendens til at flere kvinner enn før kommer med samleiesmerter til fysioterapeut, *«fordi det er flere som skjønner at vi kan gjøre noe med smertene»*. For øvrig er ventelistene lange, gjerne seks måneder, og da har mange av kvinnene gått med smerter i flere år allerede.

Informantene understreker at det trengs flere fysioterapeuter med kompetanse innen vulvaplager. Informant A synes det er utfordrende hvis hun ikke får fremgang med pasienter, fordi det ikke finnes mange andre fysioterapeuter hun kan sende pasientene til. Vulvaplager som kvinnehelseanliggende er ikke politisk prioritert påpeker informant B, og det er viktig å få vulvaplager på dagsorden. I Norge i dag har vi kun to spesialiserte vulvaklinikker som diagnostiserer vulvodyni, én i Oslo og én i Trondheim (Vulva.no, 2019d). Hit reiser kvinner fra hele landet for å få hjelp. Kun i Trondheim er fysioterapeut en del av teamet. Danmark og Sverige har mange vulvaklinikker, med tverrfaglige tilbud bestående av lege, sosionom, psykolog, sykepleier og fysioterapeut som jobber i team. I forsknings- og fagmiljøet anses fysioterapi som en primær behandlingsmetode for vulvodyni, og beskrives som verdifull og effektiv (Morin et al., 2017, s. 296). Fysioterapi ser ut til å være den mest effektive behandlingen for kvinner med vulvodyni (Morin et al., 2017, s. 296). Vi ser at vulvodyni er en tilstand som påvirker livskvaliteten til mange unge, norske kvinner i dag.

Vulvodynipasienter har også en god prognose dersom de får riktig behandling. Likevel ser vi at det norske behandlingstilbudet er underutviklet, særlig om vi sammenligner oss med Danmark og Sverige. Vi undrer oss over hvorfor kvinner med vulvodyni får et betydelig svakere tilbud i Norge, og det er tydelig at norsk helsevesen har behov for mer helsepersonell med kunnskap om vulvaplager. Vi ser at fysioterapeuter har mye å bidra med for kvinner med vulvodyni. Vi håper derfor at fremtidens helsepolitikk vil legge til rette for å utdanne og ansette flere kompetente fysioterapeuter, som kan legge til rette for smertefrihet og økt livskvalitet for så mange norske kvinner.

6. Konklusjon

Motivasjonen for å skrive denne oppgaven var å sette lys på det viktige og mulig tabubelagte temaet vulvodyni. Vi ønsket å tilegne oss kunnskap om hvilke erfaringer og refleksjoner fysioterapeuter har med kvinner som har vulvodyni, i et håp om kanskje å bidra til å øke kompetanse innen vulvodyni i fysioterapimiljøet.

Gjennom vårt arbeid med oppgaven har vi lært mye om en pasientgruppe vi visste lite om fra før. Vi ser at vulvodyni er en tilstand som påvirker livskvaliteten til mange unge, norske kvinner i dag. Likevel er vulvodyni en ukjent tilstand for mange. Vi har funnet klare likhetstrekk mellom fysioterapeutenes arbeid, som viktigheten av relasjon og åpenhet, at alle undersøker vaginalt og at de ser at fysioterapi hjelper. Fordi vi har gjennomført kvalitative forskningsintervju av kun tre fysioterapeuter, er det vanskelig å generalisere resultatene for alle fysioterapeuter. Samtidig tror vi at vi har klart å belyse viktige faktorer i fysioterapeuters arbeid med kvinner som har vulvodyni.

Vi har intervjuet tre fysioterapeuter som jobber i ulike norske byer og i forskjellige deler av helsetjenesten. Alle har lang arbeidserfaring med vulvodynipasienter. Vi har funnet at kvinner med vulvodyni er preget av store smerter og muskelspenninger. Mange av kvinnene informantene møter som har vulvodyni og som ikke har født, er unge og velfungerende. De er ofte svært bekymret som følge av plagene sine og bærer med seg noe som er vanskelig. Flere har også nedsatt livskvalitet som følge av vulvodyni. Vulvodyni er et intimt problem som er vanskelig å være åpen om, og ofte føler kvinner seg alene om plagene sine. I sitt arbeid legger fysioterapeutene mye vekt på å danne en god terapeut-pasient relasjon. De trøster, støtter og veileder. Vi fant at alle fysioterapeutene palperer vaginalt, men at de har noe ulike refleksjoner rundt gjennomførelsen av vaginal undersøkelse. Alle mener at økt kroppsbevissthet er nødvendig for bedring, men har noe ulikt syn på bruken av utstyr som behandlingsverktøy. Fysioterapeutene løftet frem viktigheten av at kvinner med vulvodyni får hjelp, og at fysioterapi har svært god effekt. Fysioterapeutene pekte også på viktige utfordringer i samfunnet knyttet til pliktsex, utseende, og tilgang til helsehjelp for kvinner med vulvasmerter.

Avslutningsvis vil peke på behovet for fysioterapeuter med kompetanse innen vulvaplager. Vi undrer oss over at 10-15% av den kvinnelige befolkningen er plaget med vedvarende

vulvasmerter, og at vi likevel vet så lite om vulvodyni. Fysioterapeuter har mye å gi til disse kvinnene, og likevel lærer vi nesten ingenting om vulvodyni gjennom fysioterapiutdanningen. Vi håper derfor at fremtidens helsepolitikk vil legge til rette for å utdanne og ansette flere kompetente fysioterapeuter, slik at vi kan bidra til smertefrihet og økt livskvalitet for så mange norske kvinner. Det er jo fysioterapi som skal til for at de skal bli bra.

Referanser

- Arnold, D. L., Bachmann, A. G., Rosen, G. R., Kelly, G. S. & Rhoads, G. G. (2006). Vulvodynia: Characteristics and Associations With Comorbidities and Quality of Life. *Obstetrics & Gynecology*, 107(3), 617-624.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000199951.26822.27>
- Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bornstein, J., Goldstein, A. T., Stockdale, C. K., Bergeron, S., Pukall, C., Zolnoun, D. & Coady, D. (2016). 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 607. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.167>
- Brochmann, N. & Dahl, E. S. (2017). *Gleden med skjeden: Alt du trenger å vite om underlivet*. Oslo: Aschehoug.
- Cramer, S. & Inkster, B. (2017). *Status of Mind: Social media and young people's mental health*. London: Royal Society for Public Health.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Elmerstig, E., Wijma, B. & Berterö, C. (2008). Why Do Young Women Continue to Have Sexual Intercourse Despite Pain? *Journal of Adolescent Health*, 43(4), 357-363.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.02.011>
- Fadnes, B., Brodal, P. & Leira, K. (2013). *Læringsorientert fysioterapi: teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Flick, U. (2015). *Introducing Research Methodology* (2. utg.). London: SAGE publication Ltd.
- Goldstein, A. T., Pukall, C. F., Brown, C., Bergeron, S., Stein, A. & Kellogg-Spadt, S. (2016). Vulvodynia: Assessment and Treatment. *The journal of sexual medicine*, 13(4), 572. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.020>
- Goldstein, A. T., Pukall, C. F., Brown, C., Bergeron, S., Stein, A. & Kellogg-Spadt, S. (2016). Vulvodynia: Assessment and Treatment. *J Sex Med*, 13(4), 572-590.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.020>
- Hartmann, D. (2010). Chronic vulvar pain from a physical therapy perspective. *Dermatol Ther*, 23(5), 505-513. <https://doi.org/10.1111/j.1529-8019.2010.01353.x>
- Helgesen, A. L. (2019). Talerør for taus pasientgruppe. I M. Tveito (Red.). Oslo: Tidsskrift for den norske legeforening. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2019/02/intervju/taleror-taus-pasientgruppe>
- Helse Bergen. (2016). Elektromyografi (EMG). Hentet fra <https://helse-bergen.no/behandlinger/elektromyografi-emg>
- Henzell, H., Berzins, K. & Langford, J. P. (2017). Provoked vestibulodynia: current perspectives. *International Journal of Women's Health*, 9, 631-642.
- Iglesia, C. (2018). Clinical manifestations and diagnosis of vulvodynia (vulvar pain of unknown cause). I R. L. Barbieri & K. Eckler (Red.), *UpToDate*. Hentet fra <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-vulvodynia-vulvar-pain-of-unknown-cause>
- Jamtvedt, G., Hagen, K. B. & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi: metoder og arbeidsmåter* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kingsberg, S. & Spadt, S. K. (2019). Approach to the woman with sexual pain. I R. L. Barbieri & K. Eckler (Red.), *UpToDate*. UpToDate. Hentet fra https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-woman-with-sexual-pain?search=vulvodynia&topicRef=5413&source=see_link

- Kirschner, R., Kirste, U., Helgesen, A. L., Løkeland, M., Eide, I. & Haugstad, G. K. (2015). Veileder i gynekologi: Vulvodyni/vestibulodyn timer (kroniske smertetilstander i vulva).
- Kvale, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Melnik, T., Hawton, K. & McGuire, H. (2012). Interventions for vaginismus. *Cochrane database of systematic reviews*, (12).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001760.pub2>
- Morin, M., Carroll, M.-S. & Bergeron, S. (2017). Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Modalities in Women With Provoked Vestibulodynia. *Sexual Medicine Reviews*, 5(3), 295-322. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.02.003>
- Norsk Fysioterapeutforbunds faggruppe for kvinnehelse. (2014). *Bekkenbunnen*. Norsk Fysioterapeutforbund.
- Orgeret, K. S. (2019). Metoo. I *Store Norske Leksikon*. snl.no. Hentet fra <https://snl.no/metoo>
- Polit, D. & Beck, C. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9. utg.). New Delhi: Wolters Kluwer India Pvt Ltd.
- Ponte, M., Klemperer, E., Sahay, A. & Chren, M.-M. (2009). Effects of vulvodynia on quality of life. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 60(1), 70-76.
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2008.06.032>
- Spadt, S. K. & Kingsberg, S. (2019). Treatment of vulvodynia (vulvar pain of unknown cause). I R. L. Barbieri & K. Eckler (Red.), *UpToDate*. Hentet fra https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-vulvodynia-vulvar-pain-of-unknown-cause?search=vulvodynia&topicRef=5432&source=see_link#H2366240388
- Stormoen, G. Ø. (2019). Generasjon seksuell prestasjon. *Fysioterapeuten*, 86(2), 28-31.
- Svartdal, F. (2016). Biofeedback. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/biofeedback>
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Træen, B. & Skogerbø, Å. (2009). Sex as an obligation and interpersonal communication among Norwegian heterosexual couples. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(3), 221-229. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00698.x>
- Vulva.no. (2019a). Anatomi Helsepersonell. Hentet fra <https://vulva.no/anatomi-helsepersonell/>
- Vulva.no. (2019b). Tips til seksualanamnese. Hentet fra <https://vulva.no/sexual-anamnese-helsepersonell/>
- Vulva.no. (2019c). Vaginisme. Hentet fra <https://vulva.no/vaginisme-helsepersonell/>
- Vulva.no. (2019d). Vulvapoliklinikken. Hentet fra <https://vulva.no/vulvapoliklinikken-helsepersonell/>
- Vulva.no. (2019e). Vulvodyni. Hentet fra <https://vulva.no/vulvodyni-helsepersonell/>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Informantinformasjon

- **Kan du fortelle oss litt om din bakgrunn som fysioterapeut?**
 - Hvilken utdanning og kursing har du?
 - Hvor lenge har du jobbet innenfor kvinnehelse?
 - Hvorfor engasjerte du deg innenfor dette fagfeltet?
 - Hvordan er det å jobbe innenfor dette fagfeltet?
- **Hvilke pasientgrupper har du?**
 - Hvor lenge har du jobbet med problemstillinger knyttet opp mot smerte og spenninger i underliv og bekkenbunn?

Pasientgruppe

- **Kan du fortelle hvem pasientene du møter er? Har de noen karakteristiske fellestrekk? Gjerne beskriv en typisk pasient.**
 - Eksempelvis:
 - Symptombilde
 - Alder
 - Relasjoner
 - Holdninger
 - Sosiokulturell status
 - Livsbelastning
- **Hvordan er en pasient med vulvodyni/vaginisme? Kan du gi eksempler?**
 - Er det mulig å skille mellom disse?
- **Ser du noen sammenhenger mellom de ulike lidelsene?**
 - Sameksisterer symptomer? Eventuelt hvordan?
- **Hvordan erfarer du at symptomene påvirker kvinnenens ...? Kan du gi eksempler?**
 - fysiske funksjon
 - hverdag
 - livskvalitet
- **Hvorfor er fysioterapi aktuelt for disse kvinnene?**
 - Syns du fysioterapi er viktig i alle tilfeller? Hvorfor/hvorfor ikke?
- **Hvordan kommer disse kvinnene i kontakt med deg?**
 - Når i forløpet kommer de til deg?
 - Dersom de kommer med en henvisning; hvem henvises de fra?
 - Kan du gi eksempler på hva som vanligvis står i en henvisning?
 - Har de allerede blitt diagnostisert når de kommer til deg?

Undersøkelse

- **Kan du gi eksempler på hvordan går du frem når en kvinne kommer til deg med denne typen problematikk?**
 - Hva syns du er viktig for å skape en trygg relasjon?
- **Hvordan syns du det første møtet er? Hva er viktig da?**
- **Hvilke opplysninger i anamnesen har du erfart som spesielt viktige å kartlegge?**
- **Bruker du noen standardiserte måleverktøy? Hvilke?**
- **Kan du gi eksempler på noen utfordringer du har opplevd, knyttet til undersøkelse og kartlegging?**

Behandling

- **Hvilke mål pleier du å ha med pasienten? Hva er viktig?**
- **Kan du gi eksempler på hvordan du behandler plagene disse kvinnene har?**
 - Hvordan reagerer pasientene når de blir introdusert for tiltakene?
 - Hvilke tiltak uttrykker pasientene har effekt?
 - Hvilke tiltak erfarer du gir effekt?
- **Kan du gi eksempler på faktorer du erfarer som sentrale for vellykkede behandlingsforløp?**
 - *Hva er viktig for at de skal bli bedre?*
 - Kan du gi noen eksempler på hvordan du jobber med mestring og selvstendighet?
 - Hvordan arbeider du for langvarig bedring?
 - Kommer pasienter tilbake igjen?
- **Hvordan går det vanligvis med disse pasientene? (prognose)**
 - Erfarer du store forskjeller blant pasientene? I så fall hvilke?
- **Kan du fortelle oss hvordan du gir råd og veiledning til pasientene? Hva er viktig?**
- **Kan du gi noen eksempler på hvordan du har erfart at behandling påvirker pasienters livskvalitet?**
- **Hvor lang oppfølging får pasientene av deg? Når avslutter du behandlingen?**
- **Kan du gi eksempler på noen utfordringer du har opplevd, knyttet til behandling?**
- **Hvilke kunnskapskilder bruker du i din praksis?**
 - Forskningsbasert?
 - Erfaringsbasert?
 - Brukerbasert?
- **Samarbeider du med andre yrkesgrupper i behandlingen av pasientene? Eventuelt, henvises de videre til andre yrkesgrupper?**

Avslutning

- Er det noe du ønsker å tilføye som vi ikke har snakket om?
- Kan vi ta kontakt i etterkant om det er noe vi har glemt å spørre deg om?

Spørsmål som også kan være interessante:

- *Hvor mange kvinner tror du er berørt av vulvodyni og/eller vaginisme?*
 - *Vi har sett tall på at det er omtrentlig 2-18% prevalens blant kvinner, tror du det finnes så kalte «mørke tall»?*
 - *Dersom underrapportering er tilfellet, hva tror du er grunnen til det?*
- *Hvordan kan man forebygge at kvinner får slike plager? Og har fysioterapi en rolle i forebyggingen?*
- *Hvordan har fagfeltet endret seg siden du begynte å jobbe med dysfunksjon i underliv- og bekkenbunn?*
- *Ser du en endring i hvordan samfunnet ser på kvinnelidelser og kvinnelig seksualitet?*
- *Hvordan tror du fysioterapeuters rolle kommer til å utvikle seg innen behandling av bekkenbunnsdysfunksjon?*

Vedlegg 2: Informert samtykke

A. *INFORMASJONSDEL*

1. PRESENTASJON AV OPPGAVEN

Temaet for denne oppgaven er fysioterapeuters erfaringer med unge kvinner med utfordringer knyttet til bekkenbunn. Vår foreløpige arbeidsproblemstilling er «Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med unge jenter som har plager knyttet til bekkenbunnsmuskulatur?».

Vi ønsker å bruke bacheloroppgaven til å utforske kvinne- og seksualhelse, med fokus på fysioterapeuters erfaring og praksis med unge jenter som ikke har født og som har problemer med bekkenbunnen. Særlig vil vi fordype oss i hvordan fysioterapeutene undersøker og behandler kvinner med en bekkenbunnsproblematikk, og hva de mener er viktige faktorer for å oppnå gode resultater. Vi ønsker for eksempel å forstå betydningen tonus og smerter i underlivet har for unge kvinners livskvalitet og seksuelle helse, og om hvorvidt jenter/kvinner med slike utfordringer faktisk oppsøker hjelp hos fysioterapeuter.

I denne oppgaven vil vi samle inn data fra tre fysioterapeuter med spesiell kompetanse innen kvinnehelse.

2. METODE FOR DATAINNSAMLING

Vi anvender kvalitativ metode og innhenter informasjon gjennom intervju. Vi vil også gjennomføre et litteratursøk. Intervjuene tas opp på lydbånd og transkriberes i etterkant. Lydopptak slettes etter at oppgaven er evaluert.

3. TIDSPUNKT FOR DATAINNSAMLING

Innleveringsfristen for bacheloroppgaven er 21. mai. Vi ønsker å innhente data sent i mars og tidlig i april, og har som mål at intervjuene og transkribering er ferdigstilt 30. april. Vi vil selvsagt tilpasse oss deres tidsplan og ønsker tilbakemelding på når det passer best for dere.

4. KONTAKTINFORMASJON STUDENTER

5. DATERING OG UNDERSKRIFT FRA STUDENTER

DATO UNDERSKRIFT

DATO UNDERSKRIFT

6. TAUSHETSPLIKT

Vi har skrevet under en taushetserklæring og er kjent med etiske og juridiske retningslinjer som gjelder ved denne type oppgaveskriving, herunder krav om innhenting av tillatelse og informert samtykke og om anonymisering ved bruk av/innhenting av persondata/pasientdata.

Informantene ved denne oppgaven vil være anonyme. Navn vil ikke nevnes. Tilknytning til arbeidsplass vil heller ikke oppgis. Vi ønsker at informantene skal gi oss tilbakemelding på om de også vil anonymiseres geografisk. Dersom en informant ønsker dette, vil dette bli gjeldende for alle.

Informantene har rett til å trekke seg når som helst i forløpet. Da vil alle opplysninger vedkommende har kommet med fjernes.

B. *UNDERSKRIFTSDEL*
1. SAMTYKKE

Kryss av under for at du har mottatt informasjon og er positiv til å delta i undersøkelsen:

JA/NEI

2. DATERING OG UNDERSKRIFT FRA INFORMANT

DATO UNDERSKRIFT
