

Vulvodyni og hypnoterapi

I hvilken grad kan hypnose vise seg effektiv i behandlingen av smerter hos kvinner med vulvodyni?

LOTTE LILLEENG

KANDIDATNUMMER: 612

VEILEDER

Professor Tor-Ivar Karlsen

Universitetet i Agder, 2023

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

Antall ord: 17080 ord

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært intenst, spennende og lærerikt. Det er takket være flere gode mennesker at dette arbeidet har vært mulig.

Først og fremst vil jeg takke min dyktige veileder, professor Tor-Ivar Karlsen, for god hjelp, veiledning, råd og tilgjengelighet, for motivasjon og tilstedeværelse, og ikke minst for deling av kunnskap og forståelse gjennom denne prosessen.

Jeg vil også takke ansvarlig bibliotekar for Helse- og idrettsfag ved UiA, Ellen Sejersted, for god hjelp med å planlegge og utføre det systematiske litteratursøket.

Videre vil jeg takke min Freddy, Eira og Athena for tålmodighet, omsorg, støtte og forståelse, stor takk til familie og venner for tilstedeværelse og oppmuntring, og takk til de jeg har møtt på veien som har inspirert meg og på ulike måter ledet meg hit jeg er i dag.

Sammendrag

Bakgrunn: Vulvodyni er en samlebetegnelse på smertetilstander lokalisert i deler av kvinnens ytre kjønnsorgan, og rammer mellom 3 og 15% av kvinner i alle aldre. Det finnes ulike behandlingsformer, men ingen med signifikante effekter på tilstanden.

Hensikt: Studiens hensikt er å utforske om hypnoterapi kan være en effektiv behandling av vulvodyni.

Problemstilling: I hvilken grad kan hypnose vise seg effektiv i behandlingen av smerter hos kvinner med vulvodyni?

Metode: Litteraturstudie med systematisk tilnærming. Systematisk litteratursøk utført via databaseverten Ovid i EMBASE, MEDLINE og APA PsycInfo januar 2023. Funnene ble overført til EndNote og analysert. Studiekvaliteten ble vurdert etter Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE).

Resultat: Fire artikler ble inkludert. Det var totalt 73 kvinner som mottok hypnoterapi som behandling for vulvodyni. Det var tre felles hovedfunn fra artiklene; Svak forskningsbasert evidens for at hypnoterapi har effekt på vulvodyni, potensiell positiv effekt av hypnoterapi på vulvodyni, og behov for videre forskning.

Konklusjon: Det er utført få studier på hypnoterapi som behandling av vulvodyni. Studiene inkludert i denne oppgaven ble vurdert til svært lav vitenskapelig kvalitet, noe som innebærer at de ikke ga grunnlag for bevis eller evidens for at hypnoterapi faktisk har effekt på vulvodyni. Tross svak evidens er det mulig at hypnoterapi kan være en lovende terapiform for vulvodyni. Men det er behov for ytterligere forskning, med et studiedesign, som for eksempel mixed methods design, som vil kunne forske på hele mennesket ut ifra et biopsykososialt perspektiv.

Nøkkelord: Vulvodyni, hypnoterapi, biopsykososialt perspektiv, kronisk smertelidelse, kvinnehelse

Abstract

Background: Vulvodynia is a collective term for painful conditions located in woman's external genitalia and affects between 3-15% of women of all ages. There are various treatments available, but none with significant effects on the condition.

Aim: The purpose of the study is to explore whether hypnotherapy can be an effective treatment for vulvodynia.

Research question: To what extent can hypnosis prove effective in treatment of pain in women with vulvodynia?

Method: Literature review with a systematic approach. Systematic literature search performed via Ovid in EMBASE, MEDLINE and APA PsycInfo in January 2023. The findings were transferred to EndNote and analyzed. The quality of the studies was assessed using the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE).

Results: Four articles were included. There was a total of 73 women who received hypnotherapy as treatment for vulvodynia. There were three common main findings from the articles: Weak research-based evidence that hypnotherapy has effect on vulvodynia, potential positive effect of hypnotherapy on vulvodynia, and need for further research.

Conclusion: There have been few studies on hypnotherapy as treatment for vulvodynia. The studies included were assessed to have very low scientific quality, which means that they didn't provide evidence that hypnotherapy actually has an effect on vulvodynia. Despite weak evidence, hypnotherapy may be a promising form of therapy for vulvodynia. However, further research is needed, with a study design, such as mixed methods design, that can investigate the whole person from a biopsychosocial perspective.

Keywords: Vulvodynia, hypnotherapy, biopsychosocial perspective, women's health

Innhold

1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Problemstilling	11
2 Metode.....	12
2.1 Litteraturoversikter, litteraturgjennomgang og systematisk tilnærming	13
2.2 Kriterier for inkludering og ekskludering av litteratur	14
2.3 Litteratursøket	17
2.4 Snowballing.....	19
2.5 Dataekstraksjon og vurdering av studienes kvalitet	20
2.6 Forskningsetiske vurderinger	22
3 Teoretisk rammeverk.....	23
3.1 Biopsykososial teori	25
4 Resultater.....	29
4.1 Litteratursøket	29
4.2 Gjennomgang og vurdering av inkluderte artikler	30
4.2.1 Artikkel 1: Al-Sughayir, 2005	30
4.2.2 Artikkel 2: Kandyba og Binik, 2003.....	33
4.2.3 Artikkel 3: Pukall et. al., 2007	35
4.2.4 Artikkel 4: Zulfikaroglu, 2020.....	37
4.3 Resultater fra GRADE-vurdering.....	40
4.4 Sammenstilling av funn og tematisk analyse	41
4.4.1 Svak forskningsbasert evidens for at hypnoterapi har effekt på vulvodyni.....	42
4.4.2 Positiv effekt av hypnoterapi på vulvodyni	43
4.4.3 Behov for videre forskning.....	44
5 Drøfting	45
5.1 Svak forskningsbasert evidens for at hypnoterapi har effekt på vulvodyni.....	45
5.2 Kan hypnoterapi likevel tenkes å ha en effekt på vulvasmerter?	50
5.3 Behov for ytterligere forskning	54
5.3.1 Populasjon	55
5.3.2 Måleverktøy og hypnoterapi.....	56
5.3.3 Evidens og kunnskap	57
5.3.4 Studiedesign.....	58
5.4 Styrker og svakheter ved denne studien	60
6 Konklusjon	61
7 Referanseliste	62
8 Vedlegg	71
8.1 Vedlegg 1: GRADE-vurdering.....	71
8.1.1 Al-Sughayir (2005).....	71
8.1.2 Kandyba & Binik (2003)	73
8.1.3 Pukall et al. (2007).....	75
8.1.4 Zulfikaroglu (2020)	77

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

I den nylig publiserte utredningen «*Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*» tydeliggjøres at det er behov for større fokus på kvinnehelse, flere ulike behandlingstilbud og et bedre forsknings- og kunnskapsgrunnlag (NOU, 2023:5, s. 13-14). I utredningen står videre det at kvinnehelse har lav status, det er dårlig samordning av tjenestene rettet mot kvinner, kunnskapsgapet er stort, det er utført lite forskning på kvinners helse, og kvinners stemme blir sjeldent tatt med i utforming av tjenestene (NOU, 2023:5, s. 13-15).

Det er således et tydelig behov for å rette både fokus og forskning mot typiske kvinnelidelser, ulike behandlingstilbud og generell oppmerksomhet for å bedre kvinners helse. Sykdommer, plager og lidelser som hovedsakelig rammer kvinner innehar ofte lav status. Dette gjelder blant annet diagnosen vulvodyni, som kan ramme kvinner i alle aldre og medføre betydelige helseplager, og som har et svært begrenset behandlingstilbud (NOU, 2023:5, s. 14).

Vulvodyni er et samlebegrep som omtaler ulike smertetilstander i kvinnens ytre kjønnsorganer (Norsk gynekologisk forening, 2021). Vulvodyni er satt sammen av det latinske ordet *vulva*, som er en samlebetegnelse på ytre kvinnelige kjønnsorganer, og det greske ordet *dyni* som betyr smerte (Gundersen, 2020). De ytre kvinnelige kjønnsorganene innebærer de ytre kjønnsleppene (labia majora), de indre kjønnsleppene (labia minora), klitoris, urinrørsåpningen, vestibulen og vaginalåpningen (Almås & Benestad, 2017, s. 98).

For å få diagnosen vulvodyni må pasienten oppleve kroniske vulvasmerter i form av brennende, stikkende eller sviende smerter, det må være ukjent bakgrunn og årsak, andre årsaker til kroniske vulvasmerter må utelukkes, og smertene/symptomene må ha vært til stede i over tre måneder (Almås & Benestad, 2017, s. 239; Bornstein et al., 2019; ICD-11, 2023; Norsk gynekologisk forening, 2021).

Diagnostiseringen av vulvodyni foregår ved grundig gjennomgang av pasientens sykehistorie (anamnese) i kombinasjon med fysiske undersøkelser (Butcher & Ling, 2008). Gjennomgang av pasienthistorien burde gi informasjon om når smertene oppsto, smertenes karakter, smertenes lokalisasjon, faktorer som kan forsterke og forverre smertene, tidligere medisinske vurderinger, og hvilke behandlinger som er prøvd og utfallet de eventuelt har gitt. De fysiske undersøkelsene burde innebære observasjon av vulva for å undersøke erytem (rødhet og sårhet) og eventuelt utslett, og gjennomføre en bomullpinnetest (Butcher & Ling, 2008). Bomullpinnetesten innebærer å legge press på deler av vestibylen med en bomullspinne, og kan i noen tilfeller gi smerteutslag hos noen pasienter, men ikke nødvendigvis alle (Butcher & Ling, 2008).

Det er ikke klare årsaker for hva som fører til vulvodyni, men er en sammensatt patologi beskrevet mangefasettert presentasjon av symptomer (Norsk gynekologisk forening, 2021). Vulvodyni er listet i «The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), og blir der regnet som en «*female genito-pelvic pain/penetration disorder*» (Meijden et al., 2022). I «The International Klassifikasjon of Diseases, 11th Revision» (ICD-11) står vulvodyni oppført under kategorien «Smerter i vulva, vagina eller bekkenbunn» (ICD-11, 2023).

Bornstein et al. (2019) og Norsk gynekologisk forening (2021) skriver at vulvodyni deles i to hovedkategorier; lokalisert vulvodyni og generalisert vulvodyni, og disse gruppene deles igjen i provosert, spontant eller kombinert (både provosert og spontan) (Meijden et al., 2022). Ved lokalisert vulvodyni finnes smertene i vestibulum eller klitoris, ofte er det provosert, men kan også oppstå spontant, altså uten berøring eller penetrering. Generalisert vulvodyni påvirker og gir smerter i hele eller store deler av vulva, hvor smertemønsteret er diffust, og smertene kan oppstå både med og uten berøring og/eller penetrering (Norsk gynekologisk forening, 2021).

Samlebegrepet vulvodyni innebærer blant annet tilstandene vaginisme, vulvar vestibulitis-syndrom og dyspareuni (Almås & Benestad, 2017, s. 241; Friedrich, 1987; Norsk gynekologisk forening, 2021). Vaginisme er en tilstand preget av ufrivillige sammentrekninger av bekkenbunnsmuskulaturen i den ytre delen av skjeden, og gjør det utfordrende til umulig å føre noe inn i skjeden (Almås & Benestad, 2017, s. 240).

Vulvar vestibulitis syndrom (VVS) har tre kjennetegn; sterke smerter ved penetrasjon eller palpasjon av vulva, ømhet for trykk i området, og erytem av varierende grad i vulva vestibulum (Friedrich, 1987). VVS blir også omtalt som provosert vestibulodini (Backman et al., 2008). Dyspareuni er genitale smerter som oppstår i vulva, vagina eller bekkenbunn, og de er knyttet til penetrasjon, før eller etter, og kan gi svake eller sterke smerter (Almås & Benestad, 2017, s. 241; Möllås, 2020, s. 317). Dette beskrives også av Almås og Benestad (2017, s. 238) at psykososiale faktorer kan være til stede og påvirke smerteopplevelsen, men ikke nødvendigvis.

Vulvodyni er den mest vanlige grunnen til at kvinner før overgangsalder opplever smerter knyttet til samleie (Torres-Cueco & Nohales-Alfonso, 2021). Siden det påvirker seksuell aktivitet kan det anses som en kvinnelig seksuell dysfunksjon (Möllås, 2020, s. 317). Graden av smerte kan i ulike situasjoner variere fra alvorlig smerte til fravær av smerte (ICD-11, 2023). Schlaeger et al. (2019) utførte en studie med 60 kvinner i USA med diagnosen vulvodyni, og de rapporterte en gjennomsnittlig smerteintensitetsscore på 6,7 av 10. Brauer et al. (2007) og Cherner og Reissing (2013) har funnet at det er tydelig sammenheng mellom forventninger om smerte og opplevelse av smerte hos kvinner vulvodyni. Forventningene om smerte kan medføre ufrivillige sammentrekninger av muskulaturen i bekkenbunnen, og denne responsen anses som en del av en generell forsvarsmekanisme (Brauer et al., 2007). Og det indikerer at forventning om smerte eller skade forbundet med vaginal penetrasjon på samme måte kan fremkalle defensive muskelsammentrekninger hos kvinner, som igjen kan føre til økte kjønnsmerter (Cherner & Reissing, 2013).

Det er usikkert hvor stor forekomst det er av vulvodyni i den norske befolkningen og verden for øvrig. Wesselmann et al. (2014) skriver at det er estimert at 10-15% av verdens kvinner vil møte kriteriene for vulvodyni i løpet av livet. Det samme tallet presenterer

Vulvodyniforeningen (2023). Norsk gynekologisk forening (2021) refererer til to eldre studier fra henholdsvis 2003 og 2006 som tilsier at mellom 3-15% av kvinnebefolkningen rapporterer vulvasmerter. Teigen et al. (2023) fant i sin survey i 2018 at 17,1% av de 810 kvinnene som fylte ut skjemaet etter å ha oppsøkt gynekologisk poliklinikk ved St. Olavs hospital opplevde vulvasmerter. Reed et al. (2012) fant i sin populasjonsstudie fra USA at vulvodyni hadde en forekomst på 8,3%. I Portugal var forekomsten 16% (Vieira-Baptista et al., 2014), og 13,9% i Spania (Gómez et al., 2019).

Kvinner som har diagnosen vulvodyni har ofte også andre smertediagnoser. Irritabel tarm-syndrom og fibromyalgi er de som forekommer oftest (Wesselmann et al., 2014). Vulvodyni medfører kroniske smerter, og kan i likhet med andre smertetilstander assosieres med tilstander som smertefrykt, depresjon, angst, katastrofetenkning, angst for kroppseksposering, negativ overoppmerksomhet på seksuelle signaler, partnerfiendtlighet, negativ selvfølelse og frykt for seksuell penetrasjon (Chisari et al., 2021; Cohen et al., 2021; Desrochers et al., 2009) og negative fysiske funksjonsevner (Schlaeger et al., 2022). Vulvodyni kan i tillegg påvirke kvinnens intimitet og relasjon til partner da samleie og seksuell aktivitet kan bli utfordrende (Leusink et al., 2019), noe som har vist seg å påvirke kvinnens partner negativt (Jodoin et al., 2008).

Det er utført flere studier av assosiasjonen mellom vulvodyni og andre samtidige tilstander, som ulike betennelsestilstander i kroppen, psykiske fenomener, genetiske faktorer, tilstander knyttet til muskel-/skjelett og nevrologiske forhold (Bornstein et al., 2016; Meijden et al., 2022; Torres-Cueco & Nohales-Alfonso, 2021). Norsk gynekologisk forening (2021) skriver at årsakene til vulvodyni er sammensatte og komplekse, sannsynligvis på grunn av multifaktorielle årsaker, og derfor oppfordrer foreningen at behandlingstilbudet burde kombinere flere ulike behandlinger og metoder for å håndtere og potensielt bedre tilstanden.

For mennesker med kroniske smerter generelt anbefales multidimensjonal behandling (Meijden et al., 2022). Det finnes flere ulike måter å behandle vulvodyni, som for eksempel fysioterapi, medisinsk behandling, kirurgi, sexologisk rådgivning, psykologisk behandling og hypnoterapi (Petersen et al., 2008). Siden vulvodyni er en kronisk smertetilstand er det overordnede målet med behandling smertelindring. Meijden et al. (2022) skriver at fysioterapi utført av fysioterapeuter med spesialkompetanse i behandling av dysfunksjonell bekkenbunn regnes som førstevalget i behandling av vulvodyni. Ifølge Kaarbø et al. (2022) og Morin et al. (2017) tyder forskning på at fysioterapi kan være effektiv, men det presiseres at det er nødvendig med ytterligere forskning for å beregne faktisk effekt.

Medikamentell behandling innebærer bruk av forskjellige betennelsesdempende og lokalbedøvende kremer, salver og legemidler, og medikamenter mot depresjon og epilepsi, men heller ikke disse har gitt overbevisende resultater i kliniske studier (Bohm-Starke et al., 2022; Meijden et al., 2022; Rosen et al., 2019). Cannabis har i kliniske studier vist seg å være

effektiv i behandling av kroniske smerter ved fibromyalgi og kvinnelige seksuelle dysfunksjoner, men det foreligger ikke studier som anbefaler det for behandling av vulvodyni (Meijden et al., 2022). Kirurgisk behandling har vist liten effekt, og det blir regnet som siste utvei om ingen andre behandlinger har gitt ønsket effekt (Meijden et al., 2022). Det er andre behandlinger, som bruk av seksualtekniske hjelpemidler, CO₂-laser-terapi, radiofrekvens, sexologisk terapi, parterapi og stressmestringsprogrammer, men det foreligger ikke nok forskningsbasert evidens for at disse behandlingene er effektive (Meijden et al., 2022; Norsk gynekologisk forening, 2021).

Hypnoterapi, eller klinisk hypnose, er en terapeutisk intervensjon hvor målet er å forbedre pasientens tanker og mentale bilder knyttet til det aktuelle problemet eller utfordringen, redusere symptomer, og øke opplevelse av mestring og kontroll (Helgeland et al., 2021; Melnik et al., 2012). I en meta-analyse fant Langlois et al. (2022) evidens på at hypnose hadde god effekt på håndtering av smerte og smertens intensitet hos pasienter med kroniske smertelidelser. Hypnose som behandling foregår ved at hypnotisøren forsøker å avdekke årsaken til problemet, og om mulig forsøke å reversere følelser eller redsel som ligger bak årsaken (Melnik et al., 2012). Hypnoterapi innebærer at pasienten blir ført inn i en hypnotisk tilstand (transe), som er en spontant oppstått eller induisert bevissthetstilstand der oppmerksomheten på omgivelsene reduseres og økes mot det som anses som viktig. Hypnotisøren kommuniserer både verbalt og ikke-verbalt med pasienten som er i transe, og tilrettelegger for at pasienten kan oppleve seg selv og verden på en ny måte. Det hypnotisøren kommuniserer kalles suggesjon, og det kan medføre endringer i pasientens sansning, persepsjon, følelser, tanker og atferd (Helgeland et al., 2021). Hypnoterapi som behandling innehar spesifikke mål som terapeuten jobber etter mens pasienten er i transe (Vandvik, 2012).

Hypnoterapi som behandling blir ansett som trygt når den utføres av kvalifisert helsepersonell, og det er ikke knyttet noen kjente bivirkninger til behandlingen (Boehm et al., 2016). Hypnoterapi er en behandlingsmetode som også har blitt brukt mot vulvodyni, men det foreligger ikke en systematisk oversikt over studier på dette området. Det er derfor usikkert om hypnoterapi har effekt på vulvodyni.

1.2 Problemstilling

Basert på det overnevnte har jeg utformet problemstillingen

I hvilken grad kan hypnose vise seg effektiv i behandlingen av smerter hos kvinner med vulvodyni?

2 Metode

I denne masteroppgaven har jeg valgt å bruke litteraturstudie som metode for å kunne besvare problemstillingen. En metode er en oppskrift som beskriver hvordan en bør gå frem for å etterprøve eller fremskaffe kunnskap (Dalland, 2017, s. 51-52). En litteraturstudie innebærer at en utfører en omfattende studie og tolkning av litteraturen om et spesifikt tema, fenomen eller spørsmål (Aveyard, 2019, s. IV). Litteraturstudier er nødvendige da det blir publisert en stor mengde forskningsjournaler årlig, omkring 30 000, med mellom 2 til 2,5 million artikler hvert år (Altbach & de Wit, 2018; Canadian Science Publishing, 2017). Mengden artikler vokser betraktelig hvert år; over en tidsperiode på 10-20 år vil det være uoverkommelig å finne relevant litteratur uten å gjøre dette systematisk (Page et al., 2021).

Litteraturoversikter er viktige fordi de summerer opp forskning og litteratur om definerte temaer, og det kan medføre ny innsikt og kunnskap (Aveyard, 2019, s. 4, 6). Målet med denne oppgaven og litteraturstudien er å besvare problemstillingen, og det er ønskelig at resultatene fra denne studien kan føre til ny kunnskap knyttet til temaet og som kan danne grunnlag for et mer systematisk forskningsarbeid. Aveyard (2019, s. xiv) skriver at i en litteraturgjennomgang samles all tilgjengelig informasjon/litteratur om emnet for at en skal skape seg et helhetlig bilde. Hun skriver videre at verdien av en studie blir større når den sees i sammenheng med andre studier og deres kontekst (Aveyard, 2019, s. 2).

Når en utfører en litteraturstudie beveger en seg fra det kjente, eksisterende forskning og kunnskap, og mot det ukjente, kombinasjonen av informasjonen (Aveyard, 2019, s. 16). Et metodekapittel skal vise og forklare forfatterens valg og intensjoner gjennom prosessen, slik at det er tydelig for andre hvilke valg som ble tatt og hvorfor. Intensjonen med dette kapittelet er todelt, hvor første er å grundig forklare og overbevise leseren om at problemstillingen er undersøkt på en solid måte, og det andre er at kapittelet skal kunne anvendes som en oppskrift eller fremgangsmåte for andre som ønsker å undersøke og utføre lignende forskning ved en senere anledning.

2.1 Litteraturoversikter, litteraturgjennomgang og systematisk tilnærming

Persson (2021, s. 20) skriver at det finnes 16 typer forskjellige litteraturoversikter, mens Sutton et al. (2019) skriver at det finnes 48 forskjellige typer oversiktsartikler. Med så mange ulike former for oversikter kan det være vanskelig og uoversiktlig å vite hvilken variant som egner seg best for denne oppgaven. En litteraturgjennomgang er en systematisk gjennomgang av allerede eksisterende forskning innen et fagfelt eller et konkret tema (Persson, 2021, s. 13). Den skal presentere en oppsummering av eksisterende kunnskap om et tema, skape grunnlag for at en skal kunne uttale seg om det bestemte temaet, og gi svar på hvilke teoretiske perspektiver og metoder som har blitt brukt i studiet av et fenomen (Persson, 2021, s. 14, 19). Når en masterstudent skriver litteraturgjennomgang som sin sluttoppgave, omtales denne ofte for litteraturstudie eller teoretisk oppgave, og det innebærer at en samler inn relevante data i form av dokumenter og tekster og bruker det som gjenstand for analyse (Ridley, 2012, s.48-49, i Persson, 2021, s. 21).

Jeg vil ha en systematisk tilnærming til arbeidet med denne litteraturgjennomgangen. I litteraturen er det tydelig skille mellom *systematisk litteraturoversikt* og *litteraturgjennomgang med systematisk tilnærming*. Førstnevnte er en samlebetegnelse for oversiktsartikler hvor forfatterne har brukt tydelige, reproduserbare og systematiske metoder for å finne, kritisk vurdere og oppsummere ulike enkeltstudier om samme tema eller spørsmål (Nortvedt et al., 2021, s. 53, 134). Systematiske oversikter blir brukt av forskere for å oppsummere tidligere forskning, og det er anerkjente og svært utbredt som metode. Systematiske litteraturoversikter er, ifølge (Nortvedt et al., 2021, s. 135), den beste kilden til å finne kunnskapshull og legge til rette for nye forskningsprosjekter. Dette arbeidet er svært krevende, og utføres ofte av flere mennesker over en lenger tidsperiode.

Til en masteroppgave er det ofte mer egnet å utføre en litteraturstudie med systematisk tilnærming, som innebærer tydelig hensikt med litteraturstudien, beskrivelse av de ulike stegene i litteratursøket og utvelgelse av litteratur, samt kvalitetsvurdering av inkludert litteratur (Aveyard, 2019, s. 3). At tilnærmingen er systematisk innebærer at den er strukturert og organisert på en forutsigbar måte. En litteraturstudie med systematisk tilnærming er en passende måte å utføre en litteraturstudie på når en ikke har ressursene til å utføre en

systematisk litteraturstudie, noe som ofte er tilfellet ved arbeid med masteroppgaver (Aveyard, 2019, s. 3).

2.2 Kriterier for inkludering og ekskludering av litteratur

Det er viktig å ha en nøye planlagt systematisk tilnærming til utvelgelsen av litteratur. Dette er blant annet viktig å unngå «Cherry-picking», altså å kun ta med noen av resultatene som vil få oppgaven til å fremstå best mulig (Aveyard, 2019, s. 74). Det er viktig å få tak i det passende og representative utvalget av litteratur. For å konkretisere det har jeg utformet et PICO-skjema og ytterligere spesifisert inklusjons- og eksklusjonskriterier til potensielle studier.

PICO er et akronym, og en måte å systematisere og strukturere et spørsmål ved å dele det opp. P står for de aktuelle pasientene eller problemet; I for intervensjon, altså hvilket tiltak som er aktuelt; C for sammenligning (comparison), altså hvem eller hva det skal sammenlignes mot, det kan være andre tiltak, egen situasjon før intervensjonen eller lignende; og O står for utfall (outcome), og representerer utallet eller endepunktet som ønskes oppnådd (Nortvedt et al., 2021, s. 37). Utfylt PICO-skjema for denne oppgaven vises i tabell 1.

Anbefalings nr.	Hva handler spørsmålet om?	Spørsmålet i PICO-format			
		Population (pasient)	Intervention (tiltak)	Comparison (sammenligning/kontroll)	Outcome(s) (utfall/ effekt)
Bruk av hypnoterapi som behandling for vulvodyni					
	Kan hypnoterapi brukes i behandling av vulvodyni?	Fertile kvinner, vulvodyni-diagnose, ikke vært gravide/født	Hypnoterapi, klinisk hypnose	Sammenlignet med egen situasjon før hypnoterapi, og/eller mot eventuelt andre behandlingsformer	Smerte Samleie Livskvalitet Seksuell tilfredsstillelse Sex-relatert angst

Tabell 1 PICO-skjema som utgangspunkt for å definere søkeord

Inklusjons- og eksklusjonskriterier vil tydeliggjøre hva jeg trenger å søke etter for å finne aktuell og relevant litteratur (Aveyard, 2019, s. 75). Kriteriene vil også gjøre utvelgelsen mer presis og fokusert, samt sikre at mengden litteratur er passelig for oppgavens omfang.

Inklusjonskriterier for denne oppgaven er: Pasienter med vulvodyni, behandling i form av hypnose, kvinner før overgangsalder, studier på engelsk eller skandinavisk språk, studier publisert i eller etter 2002, publisert litteratur, og litteraturen kan være fra hele verden.

Eksklusjonskriterier: Ikke kvinner som har vært eller er gravide eller har født, kvinner etter overgangsalder, studier publisert før 2002, upublisert forskning, forskning på andre språk enn engelsk og skandinavisk. Dette lå til grunn både i utvelgelsen av nøkkelord og utvelgelsen av potensielle resultater fra litteratursøket.

Resultatene jeg sitter igjen med etter å ha utført et litteratursøk burde være relevante for å kunne besvare problemstillingen (Aveyard, 2019, s. 42). I dette tilfellet vil det være mest aktuelt å finne og bruke forskning for å besvare problemstilling. Dette fordi forskning oftest gir det mest troverdige og sikreste informasjonen (Aveyard, 2019, s. 45). Siden jeg ønsker å finne ut effekten av en behandling, er resultater fra kliniske studier, og da spesielt randomiserte kontrollerte studier (RCT) eller systematiske oversikter over slike studier vært det best å bruke (Aveyard, 2019, s. 67; Nortvedt et al., 2021, s. 115).

RCT foregår ved at deltakerne i forskningsprosjektet fordeles randomisert i to grupper. Den ene gruppen, intervensjonsgruppen, utsettes for en intervensjon eller endring, mens den andre gruppen, kontrollgruppen, enten får placebobehandling, tradisjonell behandling eller ingen behandling (Nortvedt et al., 2021, s. 116). Effekten av intervensjonen vil vise seg ved å sammenligne intervensjonsgruppen og kontrollgruppen etter en tid. Disse to gruppene kan sammenlignes da randomisert fordeling medfører en sikring av at faktorer som kan påvirke utfallet blir tilfeldig fordelt i de to gruppene, noe som innebærer en sannsynlighet for at gruppene er ganske like og har likt antall påvirkende faktorer (Nortvedt et al., 2021, s. 116). Ideelt sett er det ønskelig å finne RCT'er, da dette anses som gullstandarden av forskning.

Andre studiedesign som kan være aktuelt å inkludere er case- eller kohortstudier. En casestudie eller kasusstudie er en inngående undersøkelse av et bestemt fenomen, og er ofte knyttet til en person, et kasus, en avdeling eller lignende (Nortvedt et al., 2021, s. 84).

Kasusstudier kan være beskrivende, fortolkende, vurderende eller flere av disse kombinert.

Kohortstudier er studier av en gruppe mennesker (en kohort) med visse egenskaper, som for

eksempel vulvodyni, over en gitt tid (Nortvedt et al., 2021, s. 132). Ofte sammenlignes denne gruppen med en gruppe som ikke har de samme egenskapene. Kohortstudier brukes ofte for å undersøke effekt eller endring (Forsberg & Wengström, 2008, s. 99).

Ulike typer litteratur oppnår ulike nivåer av status i form av kvaliteten de har (Persson, 2021, s. 56). Ifølge Persson (2021, s. 57) er det to gullstandarder av litteratur av høy kvalitet og status, og det er fagfelleverderte vitenskapelige artikler og spesialiserte bøker. Oversikt over kvaliteten på forlag og tidsskrifter finnes i registeret over vitenskapelige publiseringskanaler (Persson, 2021, s. 57). Om en forskningsartikkel er publisert i et anerkjent, fagfelleverderts tidsskrift regnes den som av høy kvalitet og har høy status. «Peer review» eller fagfellevurdering er den viktigste kvalitetssikringen av vitenskapelige artikler, og innebærer at den har blitt vurdert av andre spesialister innenfor fagfeltet (Persson, 2021, s. 52). De spesialiserte bøkene som er utgitt av anerkjente forlag får ofte høy status og godt kvalitetsstempel. Bøker som er utgitt av ukjente forlag, samt artikler som ikke er fagfelleverdert havner på nivået under det overnevnte, etterfulgt av debattinnlegg i aviser og kronikker, og på bunn finner vi innlegg og kommentarer på Twitter, Facebook, Instagram og lignende (Persson, 2021, s. 57).

Om et felt ikke har blitt forsket særlig mye på kan det være hensiktsmessig å bruke annen litteratur enn forskning, da informasjon om feltet vil gi bedre innsikt og oversikt over erfaringer og opplevelser (Aveyard, 2019, s. 45). Denne typen litteratur kan gi innsikt i feltet, men vil ikke ha samme faglige tyngde som forskning (Aveyard, 2019, s. 48).

Det kan ha blitt utført og skrevet mer litteratur om temaet enn jeg har funnet. Det kan være såkalt «grå litteratur». Grå litteratur er litteratur som ikke er publisert, eller som ikke finnes tilgjengelig for allmennheten, samt litteratur publisert i ikke-akademiske tidsskrifter (Aveyard, 2019, s. 91).

2.3 Litteratursøket

Stoltenberg (2018, s. 26) skriver at et litteratursøk som er utført på en god måte er essensielt for å finne all aktuell og relevant forskning som har vært utført om et bestemt tema/spørsmål. Å dokumentere og beskrive litteratursøket øker troverdigheten og påliteligheten til arbeidet, og gjør det mulig for andre å utføre samme søk (Persson, 2021, s. 114). Om søket er omfattende styrker det arbeidets validitet, og det er viktig at det er så få systematiske skjevheter som mulig (Stoltenberg, 2018, s. 26). Systematiske skjevheter er metodefeil som fører til at resultatene systematisk avviker fra «sannheten» og ikke gir riktig inntrykk av hva som er den faktiske effekten av et tiltak (Folkehelseinstituttet, 2022). Validitet innebærer hvor pålitelige og gyldige resultatene er (Forsberg & Wengström, 2008, s. 107).

Etter å ha bestemt tema, konkretisert problemstilling og valgt metode, samarbeidet jeg med bibliotekar for å utføre litteratursøket. Screening av overskrifter, abstract og fulltekst har blitt utført i samarbeid med min veileder. Første steg var å finne dekkende søkeord og fraser. Persson (2021, s. 52) skriver at ved å spesifisere og kombinere ord kan en lettere finne frem til aktuell litteratur. Søkeordene, emneordene, tekstordene, og frasene (sammenstillinger av ord) er avgjørende for antall og type treff (Persson, 2021, s. 50; Stoltenberg, 2018, s. 30). For disse ordene/frasene vil jeg bruke samlebegrepet nøkkelord. Målet er at nøkkelordene skal fange essensen i temaet (Aveyard, 2019, s. 83) og resultere i de aktuelle og relevante referansene, uten (for mange) unødige og irrelevante treff (Stoltenberg, 2018, s. 30). For å få flest mulige treff er det viktig å finne alle aktuelle nøkkelord, synonymer, tidligere anvendte nøkkelord om samme emne, nøkkelord som brukes i ulike deler av verden o.l., som kan resultere i aktuell litteratur (Aveyard, 2019, s. 83).

Det ble brukt engelske ord i søket, da det dekker et større felt. De to mest sentrale ordene i denne oppgaven er «vulvodynia» og «hypnosis». For å finne lignende ord, begreper og synonymer søkte vi i registrene til ulike databaser, for eksempel Medical Subject Headings (MeSH) og Emtree. Vi søkte også i ulike oppslagsverk, som Dorland's Medical Dictionary, samt brukte relevante nøkkelord fra artikler og funn. Etter å ha funnet et godt utvalg ord og brukt de i ulike søk, kom vi frem til nøkkelordene som vist i tabell 2.

Vulvodyni	Vulvodynia, vulvar vestibulitis, vaginisme, vaginism, vaginismus, vulval pain, sexual pain, pelvic pain, dyspareuni, sexual disorder, sexual dysfunction, psychosexual disorder, psychosexual dysfunction,
Hypnose	Hypnosis, hypnotherapy, desensitization, hypnotism, hypnogenesis, hypno-therapy, hypno-desensitization

Tabell 2 Nøkkelord brukt i søk etter studier der hypnoterapi er benyttet på pasienter med vulvodyni

Søket ble utført i Ovid, som er en akademisk elektronisk databasevert som søker i flere databaser. Databasene/kildene er de søkemotorene som brukes for å finne litteraturen, og hva en søker etter, spørsmålet/problemstillingen, temaet og tidsfrister er faktorer som avgjør hvor man burde søke (Stoltenberg, 2018, s. 27). Dette søket inkluderte databasene EMBASE, MEDLINE og APA PsycInfo. EMBASE dekker litteratur knyttet til biomedisin, medisin og helsefag, MEDLINE fokuserer på medisin og helsefag, og APA PsycInfo tar for seg psykologiske emner, psykiatri, avhandlinger, bøker og bokkapiteler. Alle de overnevnte databasene er aktuelle i forhold til problemstillingen.

Å søke i akademiske databaser innebærer at en kan utføre avanserte søk som kombinerer ulike ord, setninger og begreper, eventuelt ekskluderer ord og kombinasjoner, samt kan gi flere retningslinjer og sette flere begrensninger (Aveyard, 2019, s. 80). De kan også i noen tilfeller gi direkte tilgang til de akademiske journalene og bøkene.

I tabell 3 vises søkehistorikken, samt forklaringer på hva de ulike søkene og kodeordene innebærer/betyr.

Merknader til søket	#	Query	Resultater fra 3. januar 2023
Søk på kontrollerte emneord for de tre basene som bruker litt ulike ord En / etter ord = søk på eksakt emneord	1	Vaginisme/ or vaginism/ or Vaginismus/	1,507
	2	Vulvodynia/ or Vulvar Vestibulitis/	2,721
.tw = søk på ord fra tittel + sammendrag, (i tillegg til Key Concetp fra APA PsycInfo	3	Vaginis*.tw,kf.	1,755

.kf = ord fra forfatters stikkord (MEDLINE og EMBASE En * etter ordet sørger for treff på alle ulike endelser av ordet (Trunkering)			
	4	(Vulvodyn* or Vestibulodyn*).tw,kf.	3,133
Adj3 = nærhet mellom ordene, ADJ3 finner ord/fraser i hvilken som helst rekkefølge med to eller færre ord mellom dem	5	((vulval or sexual* or pelvic* pain*).tw,kf.	39,310
.hw dekker et enkelt ord fra et emneord (kontrollert vokabular, der / dekker eksakt søker man med .hw bredere, da et enkelt ord fra emneordet, kan være et ord i en frase, sammensatt emneord, eller et enkeltord	6	Dyspareun*.tw,kf,hw.	20,071
Adj4 = nærhet mellom søkeord, se ovenfor	7	((sexual* or psychosexual*) adj4 (disorder* or dysfunction*).tw,kf,hw.	86,977
Samler søk på vulvodynia, ord fra teksten og emneordsøk	8	or/1-7	136,846
Emneordssøk hypnose	9	exp Hypnosis/ or exp Hypnotherapy/ or Desensitization*.hw.	79,920
Tekstord søk hypnose	10	(hypnos* or hypnotism* or hypnogenesis* or Hypnotherap* or hypno-therap* or Hypno-desensiti* or Desensitization*).tw,kf.	96,746
Samler søk på hypnose og relaterte metoder	11	or/9-10	393,926
Søker elementene sammen	12	8 and 11	818
Fjerner dubletter	13	remove duplicates from 12	658

Tabell 3 Søkeshistorikk 3. januar 2023 etter studier der hypnoterapi er benyttet på pasienter med vulvodyni, med forklaringer.

2.4 Snowballing

Aveyard (2019, s. 88) skriver at søk i databaser vil ikke nødvendigvis få frem alle tilgjengelige resultatene om temaet. Dette fordi databasesøkene ikke alltid er effektive, da noe aktuell litteratur kan ha blitt kategorisert med andre nøkkelord og vil derfor ikke vises basert på den aktuelle søkestrategien. Til tross for at de riktige nøkkelordene og kombinasjonene blir

brukt, kan det være at aktuell litteratur ikke blir identifisert (Aveyard, 2019, s. 88). Derfor vil ikke bruk av elektroniske akademiske databaser nødvendigvis vise alle relevante og aktuelle treff. For å finne disse uidentifiserte resultatene finnes det ikke noen enkel metode, men det kan være mulig å finne flere resultater ved å se gjennom referanselister etter aktuell litteratur og forfattere, søke i ulike databaser og sosiale medier (Aveyard, 2019, s. 88).

Snowballing/snøballsøk, altså søk på bakgrunn av resultatene fra søk i akademiske elektroniske databaser, er ifølge Greenhalgh og Peacock (2015) en effektiv måte å finne litteratur på (Aveyard, 2019, s. 89).

Jeg har søkt etter aktuelle studier og litteratur ved å se gjennom referansene/referanselistene i resultatene fra litteratursøket. Jeg har også søkt, ved hjelp av databaser som Google Scholar og Scopus, for å finne ut om litteraturen har blitt sitert av andre, noe som også er en måte å finne nyere artikler på (Persson, 2021, s. 53). Fagsider og pasientforeninger har også vært sjekket ut for finner supplerende litteratur.

Søk utenfor elektroniske akademiske databaser vil kunne gi indikasjon på om søket i nevnte databaser er gode nok. Om alternative søk resulterer i mange flere aktuelle treff enn i elektroniske akademiske databaser, kan det tyde på at søket ikke var godt nok og burde gjøres på en annen måte. Om de alternative søkene ikke gir særlig mange andre treff, kan det indikere at søket var optimalt (Aveyard, 2019, s. 91).

2.5 Dataekstraksjon og vurdering av studienes kvalitet

Jeg vil utføre dataekstraksjon fra de aktuelle studiene, noe som innebærer å hente ut relevante opplysninger og informasjon (Stoltenberg, 2018, s. 43). Jeg vil samle informasjonen i et skjema som er utformet basert på dataekstraksjonspunktene til Stoltenberg (2018, s. 44), PRISMA (Page et al., 2021) og Aveyard (2019, s. 137). De ulike punktene skal fange relevant data og samle det på en oversiktlig og systematisk måte. Disse blir presentert i resultatkapittelet.

PRISMA er et akronym for «Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses», og er et sett med evidensbaserte retningslinjer og føringer en kan anvende når en utfører og vurderer litteratursøk og meta-analyser (Page et al., 2021). Det er hovedsakelig utviklet for litteraturgjennomganger som tar for seg studier som vurderer effekt av

helserelevante intervensjoner. Det innebærer en sjekklister med 27 deler som kan brukes som en guide i rapportering til litteraturgjennomganger, detaljert informasjon om de ulike 27 punktene, og et flow-diagram (som blir presentert i resultatkapittelet) (Page et al., 2021). Målet med PRISMA-rapportering er å gi en transparent og detaljert gjennomgang av hva som har blitt gjort for å skape tillit til resultatene og deres anvendbarhet.

For å vurdere kvaliteten på funnene fra litteratursøket vil jeg anvende Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). GRADE er et system som ofte blir brukt til å vurdere tilliten til dokumentasjonen og kvaliteten på forskningene som er inkludert i systematiske litteraturoversikter og til å gradere anbefalinger innen helsefeltet (Schünemann et al., 2013). Det betyr at en skal vurdere i hvor stor grad en kan stole på at effektestimater er korrekte, eller hvor stor tillit en har til forskningsresultatene (Vist et al., 2013).

Metoden skiller seg fra andre graderingsmetoder ved at den gir et klart skille mellom kvaliteten på dokumentasjonen og styrken på anbefalingene, det er en eksplisitt vurdering av de ulike utfallsmålene, og det er klare kriterier for hvordan en vurderer kvaliteten på dokumentasjonen som inkluderer mulighet for oppgradering av kvaliteten på dokumentasjonen fra observasjonsstudier (Vist et al., 2013). Metoden kjennetegnes ved at den er transparent og en må følge en strukturert prosess for utvikling, presentasjon av oppsummeringer og for hvordan en skal utvikle videre anbefalinger (Stoltenberg, 2018, s. 50).

I vurdering med bruk av GRADE er det åtte ulike kriterier; studiekvalitet, konsistens, direktehet, presisjon, rapporteringsskjøvheter, assosiasjoner eller sammenhenger, dose-responseeffekter, og forvekslingsfaktorer (Stoltenberg, 2018, s. 51). Den første innebærer vurderinger knyttet til *risiko for systematiske feil/skjøvheter*. Dette gjelder særlig for studiens planlegging og utførelse, spesielt med tanke på randomiseringsprosess, blinding av deltakere og forskere, frafall fra studien og analysemetode. *Konsistens* innebærer sammenligninger av studier, og er aktuell hvor en skal analysere metaarbeid eller oversikter med flere studier. *Direkthet* handler om sammenliknbarhet og inkluderer vurderinger av forskningsresultatenes grad av generaliserbarhet. *Presisjon* vurderer hvor presise resultatene er og mengden tilgjengelig data. *Rapporteringsskjøvheter* dreier seg om publiseringskjøvheter og selektiv utfallsrapportering (Vist et al., 2013). Det sjette kriteriet innebærer vurdering av om det er sterke eller veldig sterke *assosiasjoner/sammenhenger mellom intervensjon og utfall*, noe som

innebærer at den beregnede effekten er så stor at det er usannsynlig at den skyldes tilfeldigheter. Det syvende kriteriet innebærer store eller veldig store *dose-responseeffekter*, og det siste kriteriet innebærer vurdering basert på om alle *sannsynlige forvekslingsfaktorer* (confounders) ville ha medført reduksjon i effektestimater (Vist et al., 2013).

De første fem kriteriene kan resultere i nedgradering, mens de tre siste kan medføre oppgradering (Vist et al., 2013). De tre kriteriene for å oppgradere kvaliteten på dokumentasjonen skal kun brukes dersom det er funnet store begrensninger i grunnlaget for nedgradering av kvalitet på dokumentasjonen, og nedgradering av kvaliteten skal veie tyngre enn oppgradering av kvaliteten på dokumentasjonen (Schünemann et al., 2013; Vist et al., 2013). Kvaliteten på dokumentasjonen blir delt inn i fire kategorier; svært lav, lav, middels og høy. Graderingen angis gjerne som en figur, her vist med eksemplet svært lav kvalitet;

⊕⊕⊕⊕.

2.6 Forskningsetiske vurderinger

De nasjonale forskningsetiske komiteene (DNFK) (2014) skriver at om en skal arbeide med forskningsetikk må en forholde seg til etiske retningslinjer, slik som de presentert i Helsinkideklarasjonen og forskningsetikkloven. Forskningsetikk innebærer grunnleggende normer som er formet og forankret i det internasjonale forskningsfellesskapet, og det skal bidra til å fremme fri, god og forsvarlig forskning (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora [NESH], 2021, s. 5). Forskningsetikk er et virkemiddel som skal sikre at forskning skal organiseres og utøves forsvarlig, og forskningen skal innebære respekt for likeverd, frihet og selvbestemmelse, de berørte skal beskyttes mot risiko for skade og urimelig belastning, og det skal være rettferdighet i prosedyrer og fordeling av goder og byrder (NESH, 2021, s. 5-6).

Helsinkideklarasjonen ble utformet av Verdens legeforening i 1964 og bygger på Nürnbergkodeksene (DNFK, 2014). Nürnbergkodeksene er et dokument som ble utformet etter siste verdenskrig, og presenterer forskningsetiske standarder for forskning på mennesker, noe som blant annet innebærer viktigheten av informert samtykke. Helsinkideklarasjonen omtaler forskning på friske mennesker og retter seg mot klinisk forskning, og skal sikre at forskningen foregår på forsvarlig vis og at de som blir forsket på ivaretas på best mulig måte. Forskningsetikklovens formål er å sikre at offentlig og privat forskning skjer i henhold til de

anerkjente forskningsetiske normene (Forskningsetikkloven, 2017). Både Helsinkideklarasjonen (NESH, 2021) og lover som Forskningsetikkloven (2017) og Helseforskningsloven (2021) presiserer at alle som utfører forskning har ansvar for å ivareta forskningsetikken. Helseforskningsloven formål er å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk forskning, og er aktuell i denne sammenhengen fordi studiene som inkluderes i denne forskningen er medisinsk og/eller helsefaglig forskning.

Det innebærer at jeg i denne litteraturstudien også innehar det ansvaret og må følge retningslinjene. Vergnes et al. (2010) skriver at etiske spørsmål blir sjeldent stilt i forbindelse med systematiske litteraturoversikter. De skriver videre at grunnen til dette er trolig at det tas for gitt at studiene som inkluderes viser respekt for de fundamentale etiske kriteriene. For å ta hensyn til forskningsetiske krav vil jeg sjekke om studiene som inkluderes følger de etiske retningslinjene i tråd med Helsinkideklarasjonen og lovverket. Vurdering og oversikt over studienes etiske hensyn og følgning av retningslinjer presenteres i resultatkapittelet.

Et moment som også må tas med i betraktning er «publication bias», eller publikasjonsskjevheter, som innebærer en potensiell skjevhet i hvilke studier som publiseres (Nortvedt et al., 2021, s. 207). Det er større sannsynlighet for at studier som viser tydelig effekt blir publisert, og at studier som viser liten til ingen effekt ikke blir publisert. Ifølge Torgerson (2006) er dette den største trusselen mot validiteten til litteraturstudier.

Denne litteraturstudien har blitt registrert hos Forskningsetisk komité ved Fakultet for helse og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder. Siden denne studien ikke forsker på mennesker, menneskelig materiale eller helseopplysninger, vil det ikke være nødvendig å sende søknad til Regional Etisk Komite (Forskningsetiske Komiteer, 2010). Jeg har heller ikke behandlet personopplysninger i denne studien, og derfor har det heller ikke vært nødvendig med godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (nå Sikt) (NSD, u.a).

3 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil jeg ta for meg det teoretiske rammeverket som ligger til grunn for oppgaven. Aveyard (2019, s. 37) skriver at et teoretisk rammeverk brukes for å gi struktur til en litteraturstudie, og at et teoretisk rammeverk vil kunne hjelpe forskeren til å utforme et spørsmål innenfor en eksisterende teori eller sett med etablerte sannheter. En teori er en sammenfatning av generelle tanker og påstander om virkeligheten (Johannessen et al., 2016,

s. 46). For at det skal være en teori i vitenskapelig forstand må det være mulig å generalisere den til å dekke mer enn enkelttilfeller, kunne si noe om forekomst og/eller frekvens, være en forenkling av virkeligheten, og gi informasjon om sammenhenger mellom fenomener.

Vitenskapelige teorier må ha faglig forankring i empiri og logiske slutninger (Johannessen et al., 2016, s. 46). Innenfor teorier kan en finne ulike modeller. En modell innehar et sett antagelser og regler for hvordan en skal gå frem for å forstå eller forklare naturlige fenomener (Engel, 1977). Innenfor teoriene kan det finnes flere ulike modeller, da de vektlegger ulike deler av teorien forskjellig ut ifra hva de skal fokusere på.

En teori kan inngå i et *teoretisk perspektiv*, som er samling av ulike teorier med samme forklaringer og formeninger om konkrete fenomener. Teoriene innenfor samme teoretiske perspektiv ser ting fra et gitt utgangspunkt. Teoriene skal bidra til å strukturere observasjoner, forståelser og forklaringer av situasjoner og hendelser til å forklare årsak og virkning. Det er aktuelt med et teoretisk rammeverk i denne oppgaven, og det vil det være tydelig knyttet til utformingen av problemstillingen, resultatene og drøftingen (Aveyard, 2019, s. 38).

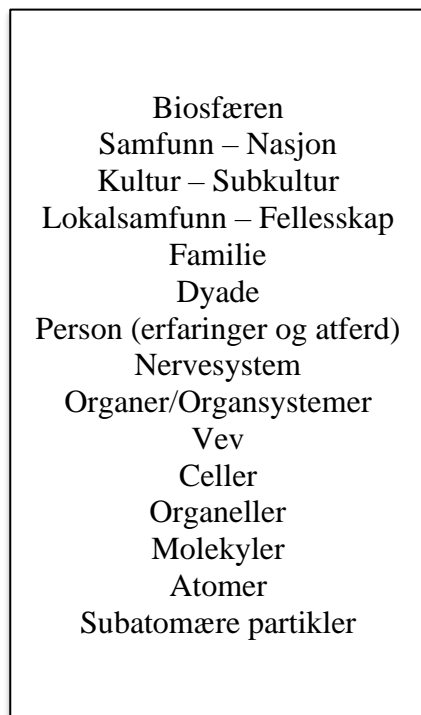
3.1 Biopsykososial teori

Den biopsykososiale teorien ble utviklet og presentert av George L. Engel i en serie artikler på 1970-tallet (Engel, 1977; Haaland et al., 2015, s. 189). På denne tiden dominerte det den biomedisinske modellen for sykdom og det dualistiske synet på kropp og psyke. Den biomedisinske modellen innebærer at sykdommer må kunne bekreftes på grunnlag av somatiske målinger. Det dualistiske synet innebærer separasjon eller et skille mellom kropp og psyke, der de anses som to ulike fenomener som ikke påvirker hverandre (Engel, 1977). Modellen innebærer også at sykdom og symptomer må kunne observeres på en eller annen måte, for eksempel synlig som et sår eller ved målinger som ved å måle puls.

Det kan være utfordrende når det gjelder diagnoser som vulvodyni da det ikke nødvendigvis gir utslag på fysiske tester eller ved målinger. Bomullpinnetesten, å legge press på deler av vestibulen med en bomullspinne, kan i noen tilfeller gi smerteutslag hos noen pasienter, men vil i andre tilfeller ikke gi utslag (Butcher & Ling, 2008). Manglende klare biologiske markører kan gjøre diagnostisering av vulvodyni utfordrende. Og sett kun ut ifra et biomedisinsk perspektiv vil diagnoser og tilstander som vulvodyni, som ikke nødvendigvis har observerbare og fysiske tegn, ikke være mulig å diagnostisere. Dette er fordi den biomedisinske modellen, i sin rene form, ikke tar hensyn til verken de sosiale, psykologiske eller atferdsmessige dimensjonene av sykdom (Engel, 1977).

For å forstå etiologien og patologien, henholdsvis læren om sykdommens årsak og læren om hvordan sykdom oppstår og utvikler seg, i forhold til vulvodyni er det mer hensiktsmessig å anvende den biopsykososiale teorien. Den biopsykososiale teorien er en forståelsesramme for kroppslige og psykiske sykdommer og fenomener, som ble laget for å ta hensyn til biologiske, psykologiske og sosiale forhold i utvikling og opprettholdelse av sykdom. Biopsykososial er sammensatt av de tre ordene biologisk, psykologisk og sosial, og innebærer at disse tre aspektene ved et menneske er viktig å se i sammenheng for å forstå vedkommendes helsetilstand, sykdomsutvikling og opprettholdelse av sykdom/symptomer (Berge & Falkum, 2013, s. 209).

Fugl-Meyer og Sandström (2016, s. 379) skriver at den biopsykososiale teorien innebærer kroppslige individuelle prosesser, psykologiske intra- og interpersonelle prosesser og de sosiale omstendighetene det skjer i. Det er ikke nok å beskrive og ta hensyn til individets biologiske og psykologiske sårbarhet, men også de samfunnsmessige og sosiale kravene, belastningene og rammefaktorene som påvirker individet (Berge & Falkum, 2013, s. 209).



Figur 1 Den biopsykososiale teorien som presentert av Falkum (2008, s.257)

Engel (1977) skrev at det var behov for en teori som hadde en mer holistisk tilnærming til arbeid med sykdom og lidelser. Holisme er avledet fra det greske ordet *holos* som betyr hel (Teigen, 2021) og *isme* som betyr lære (Nordbø, 2022). Holisme er altså læren om helheten, og det er en metode som tar for seg helheten og hvordan alt henger sammen og blir påvirket av hverandre. Von Bertalanffy sin generelle systemteori innehar et slikt syn, og systemteorien hevder at alle delene i en organisasjon er hierarkisk knyttet til hverandre og vil påvirke hverandre (Engel, 1977). Dette synet videreførte Engel, og den biopsykososiale teorien har som mål å forstå sykdom, lidelser og behandlinger på denne måten ved å ta for seg pasientens biologiske og psykiske helse sett i den sosiale konteksten som omfavner vedkommende, samt samfunnets syn og opplevelse av det aktuelle sykdomsbildet (Engel,

1977). Den biopsykososiale teorien legger et grunnlag for forskning, et rammeverk for undervisning og retningslinjer for hvordan en arbeider med helse (Engel, 1977). Teorien som presentert av Falkum (2008) er vist i figur 1.

Engels biopsykososiale teori har fått en del kritikk, blant annet av Falkum (2008). Dette fordi den mangler substans, blant annet i form av manglende hypoteser, og forestillinger om kausalitet og hendelsesforløp. Falkum mener at modellen og teorien har for lite konkret innhold, og at det må utfylles og videreutvikles for å være anvendbar. I sin artikkel presenterer Falkum (2008) forskning knyttet til nevrobiologi og stressmedisin som han mener kan bidra til denne videreutviklingen. Jeg vil ikke gå nærmere inn på disse forskningene, bare presentere dem. Han presenterer Kandels fem prinsipper for forståelse av forholdet mellom

det mentale og det biologiske, moderne hukommelsesforskning og stress-sårbarhetsmodellen, hvor alle taler for en sammenheng mellom og gjensidig påvirkning av det biologiske, psykiske og sosiale ved et menneske (Falkum, 2008).

Jeg har søkt mye etter litteratur om den biopsykososiale teorien, men resultatene innehar oftest generelle og overordnede forklaringer, med lite konkret innhold. Engel sin intensjon var å danne et grunnlag, noen retningslinjer og rammeverk for hvordan en forstår sykdom, helse og behandling hvor det er gjensidig påvirkning mellom de biologiske, psykologiske og sosiale momentene.

Vulvodyni er en diagnose som kan bli forstått ut ifra dette teoretiske rammeverket, da det potensielt er både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som er bakenforliggende. Dette viser seg blant annet fordi vulvodyni er en kronisk smertetilstand, og kan i likhet med andre smertetilstander forbindes med tilstander som depresjon, angst, frykt for smerte, fiendtlighet mot partner, negativ selvfølelse, katastrofetenkning og frykt for seksuell oppmerksomhet og seksuell penetrasjon, og kan påvirke kvinnens intimitet og relasjon til seg selv og partner da mulighet for samleie og seksuell aktivitet blir utfordrende (Chisari et al., 2021; Cohen et al., 2021; Desrochers et al., 2009; Jodoin et al., 2008; Leusink et al., 2019; Schlaeger et al., 2022). Dette har igjen vist seg å potensielt kunne påvirke kvinnens partner negativt (Jodoin et al., 2008). Det biopsykososiale rammeverket er også aktuelt knyttet til hypnoterapi, da denne behandlingsformen viser å ha positiv effekt på medisinske og psykologiske tilstander (Helgeland et al., 2021).

Slik jeg forstår det biopsykososiale rammeverket er det som et utgangspunkt, et skjelett, som ser biologi, psykologi og sosiale faktorer i sammenheng, hvor en kan innlemme teori, forskning og metoder etter som det blir presentert og sammenfaller med teoriens hensikt. På en slik måte vil denne teorien holde seg aktuell, så lenge det teoretiske og forskningsmessige innholdet blir oppdatert i henhold til konteksten og anvendelsesområdet.

Det biologiske som ligger til grunn i teorien er basert på biomedisinsk sykdomsforståelse som bygger på menneskets biologiske dimensjon, altså kroppen (Kristoffersen et al., 2011, s. 63). Her vektlegges objektive og målbare data av kroppen og dens funksjoner (Norvoll, 2013, s. 17). Det er aktuelt når vulvodyni gir fysiske utslag, som ved bomullstesten, erytem eller smerte ved berøring. Det psykologiske perspektivet bygger på at mennesker er subjekter med egne meninger, intensjoner og som er delaktig og påvirkende på seg selv og sine omgivelser

(Norvoll, 2013, s. 18). Denne forståelsen baserer seg på forskning, forståelse og behandling av sykdommer hvor resultatene ikke direkte kan tallfestes og måles slik som observerbare data. Det kan for eksempel gjelde psykisk påkjenning ved å ha kroniske smerter, påvirkningen det har på livet, hvordan det påvirker en selv, selvbilde og opplevelsen av seg selv som menneske og et seksuelt vesen.

Det sosiale perspektivet innebærer kultur, kontekst og sosiale komplekse forhold. Kultur defineres av Eide og Kolb (2015, s. 72) som de tankemønstrene, vanene, verdiene og erfaringene som er felles for mennesker i en gruppe, som bidrar til å skape forståelse mellom og for hverandre og som videreføres fra generasjon til generasjon. Kulturforståelse innebærer å forstå seg selv og andre i samspill (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009, s. 201). Og slik verden er i dag er det òg sentralt å inkludere begrepet flerkulturell forståelse, som innebærer kompetanse om et samfunn påvirket og preget av flere kulturer (Egden & Båtnes, 2012, s. 26).

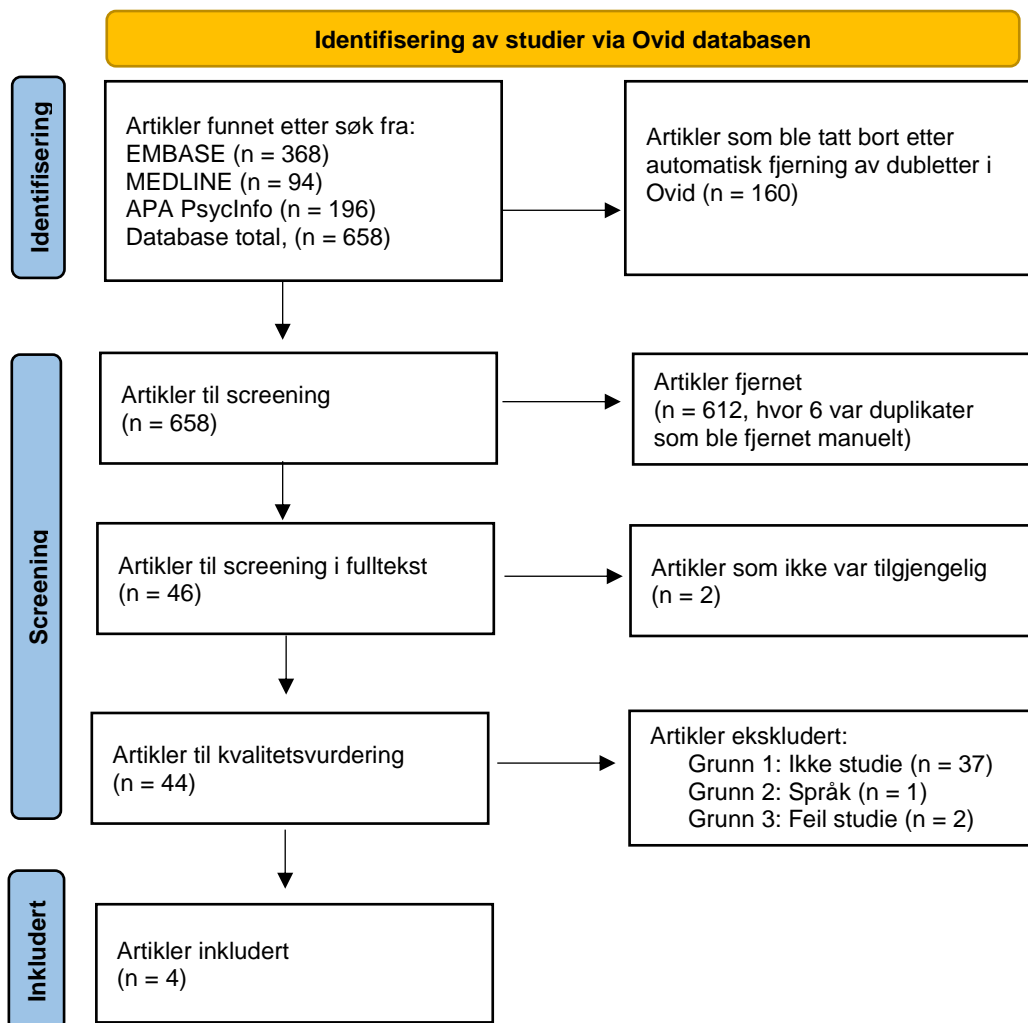
Kontekst stammer fra det latinske ordet *contextus* som betyr forbindelse eller sammenheng, og innebærer de forholdene i omgivelsene som bidrar til forståelse eller tolkning (Norvoll, 2013, s. 25; Svennevig, 2022). I den sosiale verden mennesker befinner seg i, er intersubjektivitet, altså evnen til å forstå andre, kombinert med forståelse og bevissthet om en selv viktig for å kunne tilpasse handlinger og samspill til situasjonene en befinner seg i (Schütz, 1932/1967, i Norvoll, 2013, s. 22). Schütz mener at menneskers forståelse av seg selv og andre, interagering mellom dem, kombinert med forgjengeres opplevelser og historiske avtrykk og kulturelle strukturer er det som skaper den sosiale realiteten. Dette er svært relevant knyttet til vulvodyni, da slike kroniske smerter vil påvirke relasjon til partner, og opplevelsen og synet på selve diagnosen kan bli påvirket av de kulturelle og sosiale omgivelsene kvinnen befinner seg i.

Når det overnevnte kunnskapsgrunnlaget og forståelsesrammene ligger til grunn, skaper dette et grunnlag for å forstå, forklare og forholde seg til sykdom, helse og behandling i et biopsykososialt perspektiv.

4 Resultater

4.1 Litteratursøket

Litteratursøket ble utført 3. januar 2023 og ga totalt 818 treff. Etter Ovid fjernet 160 dubletter var det 658 resultater igjen. Resultatene ble overført til EndNote og videre gjennomgått og analysert der. Av de 658 resultatene var det ytterligere 6 dubletter. Jeg gjennomførte screening av overskrift og abstract på de resterende resultatene og endte med å inkludere 46 resultater og lete etter disse i fulltekst. To var det ikke mulig å finne i fulltekst. Av de resterende 44 resultatene ble 37 ekskludert fordi det ikke var kliniske studier, 1 ble ekskludert på grunn av språk, og 2 ble ekskludert fordi det var feil studiefokus. Med dette menes at studiens hensikt ikke var relevant for denne oppgaven. Det resulterte i inkludering av totalt 4 studier. Ekskluderingen er systematisk fremvist i figur 2.



Figur 2 PRISMA Flow diagram for seleksjon av studier

PRISMA Flow diagrammet (figur 2) brukes for å oppsummere litteraturgjennomgang etter litteratursøk (Page et al., 2021). Et slikt diagram tydeliggjør stegene og vurderingene gjort underveis knyttet til inkludering og ekskludering av litteratur.

Etter snowballingen fant jeg flere aktuelle resultater, inkludert flere studier. Majoriteten av studiene jeg fant var fra før 2002, to av de på andre språk (persisk og tysk), og resterende møtte ikke inklusjonskriteriene for denne oppgaven.

4.2 Gjennomgang og vurdering av inkluderte artikler

Gjennomgangen resulterte i fire studier; Al-Sughayir (2005), Kandyba og Binik (2003), Pukall et. al. (2007) og Zulfikaroglu (2020). Videre vil jeg presentere dataekstraksjon og oppsummert vurdering av de ulike studiene.

4.2.1 Artikkel 1: Al-Sughayir, 2005

Tittel, forfattere, detaljer om publikasjonen	Al-Sughayir, M. A. (2005). Vaginismus treatment: Hypnotherapy versus behavior therapy. <i>Neurosciences</i>, 10(2), 163-167.
Endelig verifisering av at publikasjonen oppfyller inklusjonskriteriene og bør inkluderes	Studien oppfyller inklusjonskriteriene og bør inkluderes
Studiens hensikt	Å undersøke effektiviteten av hypnoterapi i behandling av vaginisme i forhold til behandling med atferdsterapi.
Studiens hovedfunn	Hypnose som behandlingsform presterte bedre enn atferdsterapi for å redusere kvinnes grad av sex-relatert angst og for å forbedre ektefellenes seksuelle tilfredshet. Kvinnene som mottok hypnoterapi som behandling hadde behov for færre behandlingstimer. Studien fant også at kvinner med vaginisme kan få hypnosebehandling og oppnå ønskede resultater uten at deres ektefeller får behandling samtidig.

Populasjonen (antall inkludert i hver gruppe, alder, kjønn, diagnose, alvorlighetsgrad, komorbiditeter)	36 gifte kvinner fra Saudi Arabia med vaginisme, i alder mellom 17 og 40 år.
Hvor og når studien ble utført (årstall, land, sykehus, utenfor sykehus osv.)	Alle kvinnene ble henvist til den psykiatriske klinikken på King Abdul-Aziz University Hospital i Riyadh, Saudi Arabia, mellom desember 1999 til oktober 2003. Studien ble publisert i 2005.
Intervensjonen(e)	Kvinnene ble tilfeldig delt i to grupper, hvor den ene gruppen mottok behandling i form av hypnoterapi, og den andre atferdsterapi. Timene varte i 45-60 minutter. En kvinnelig psykolog utførte individuelle og nøye evalueringer av kvinnene før og etter behandling. Kvinnene mottok behandling til de kunne gjennomføre tilfredsstillende seksuell penetrering.
Sammenlikning(er)	Ble sammenliknet med den andre gruppen som mottok atferdsterapi.
Utfallsmål (som spesifisert i prosjektplanen)	Målte sex-relatert angst, seksuell tilfredsstillelse, ektefelles seksuelle tilfredsstillelse og mulighet for samleie. Målte ikke smerte eller livskvalitet
Kontinuerlige data: Gjennomsnitt, standardavvik, andre statistiske mål	Målte kvinnenes sex-relaterte angst, kvinnenes seksuelle tilfredshet og ektefelles seksuelle tilfredshet ved inklusjon og etter endt behandling.
Oppfølgingstid og målemetode	Ble målt ved inklusjon og etter endt behandling: Målte sex-relatert angst, kvinnenes og ektefellenes seksuelle tilfredsstillelse: Ble brukt 5-poeng Likert skala modifisert fra «Brief Index of Sexual Functioning for Women BISF-W» og fra «Brief Sexual Function Inventory BSFI». Wilcoxon test ble brukt for å vurdere før- og etter resultatene av behandlingen innenfor de to ulike gruppene. For å vurdere resultatene mellom gruppene brukte de Mann-Whitney testen.
Frafall	Det var frafall av totalt fem kvinner (13,9%); tre fra atferdsterapi-gruppen og to fra hypnoterapi-gruppen.
Hvordan manglende data er håndtert	Ikke redegjort for.
Etiske hensyn:	
Vurdert av en etisk komité	Det fremkommer ikke i artikkelen
Foreligger det informert samtykke?	Ja

Er forsøkspersonene egnet? ^a	Det fremkommer ikke av studien om kvinnene har andre tilleggsdiagnoser eller karakteristika som tyder på at de er mennesker i sårbare grupper eller i sårbare situasjoner. Utenom det er forsøkspersonene egnet.
Er deltagelse frivillig?	Ja
Er metoden egnet?	Ja
Studiens styrker	Studien har en kontrollgruppe, det prøver ut en behandling opp mot en annen, bruker flere valide målemetoder. Studien fokuserer på et tema som det trengs å forske mer på, og er tydelige på at det er behov for mer forskning på dette området.
Studiens svakheter	Utført på n klinikk, få deltakere, burde vært mer oppfølging i ettertid av behandling. Burde også målt kvinnes opplevelse av smerter.
Kommentar	18 av kvinnene har over 12 års skolegang 13 av kvinnene hadde under 12 års skolegang Gjennomsnittlig tid som vaginisme hadde plaget dem; 9,52 måneder.

4.2.2 Artikkel 2: Kandyba og Binik, 2003

Tittel, forfattere, detaljer om publikasjonen	Kandyba, K. & Binik, Y. M. (2003). Hypnotherapy as a treatment for vulvar vestibulitis syndrome: A case report. Journal of Sex and Marital Therapy, 29(3), 237-242. https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/00926230390155122
Endelig verifisering av at publikasjonen oppfyller inklusjonskriteriene og bør inkluderes	Studien oppfyller inklusjonskriteriene og bør inkluderes
Studiens hensikt	At den 26 år gamle kvinnen i studien skulle ved hjelp av hypnose oppleve mindre grad av angst, få en positiv assosiasjon til nytelse ved samleie og få en opplevelse av at hun har kontroll over sin smerte.
Studiens hovedfunn	2 og 12 måneder etter behandling opplevde hun ikke lenger forventningsangst eller smerte ved samleie.
Populasjonen (antall inkludert i hver gruppe, alder, kjønn, diagnose, alvorlighetsgrad, komorbiditeter)	1 kvinne på 26 år med vulvar vestibulitis syndrom.
Hvor og når studien ble utført (årstall, land, sykehus, utenfor sykehus osv.)	Det fremkommer ikke tydelig av studien. Forskerne er ansatt ved et universitet i Quebec i Canada.
Intervensjonen(e)	Mottok 12 timer psykoterapi, hvorav 8 innebar hypnose. To oppfølgingsamtaler per telefon etter 2 og 12 måneder etter endt behandling.
Sammenlikning(er)	Med egen situasjon før behandlingen.
Utfallsmål (som spesifisert i prosjektplanen)	Smerter, forventningsangst og seksuell nytelse ved samleie
Kontinuerlige data: Gjennomsnitt, standardavvik, andre statistiske mål	Målte kvinnens smerter, forventningsangst og seksuell nytelse ved samleie

Oppfølgingstid og målemetode	Ikke brukt noen måleinstrumenter. Sammenlignet opplevelsene før behandling, og to og tolv måneder etter endt behandling.
Frafall	Ikke aktuelt
Hvordan manglende data er håndtert	Ikke redegjort for.
Etiske hensyn:	
Vurdert av en etisk komité?	Det fremkommer ikke eksplisitt.
Foreligger det informert samtykke?	Det fremkommer ikke eksplisitt, men tyder på at det foreligger.
Er forsøkspersonene egnet? ^a	Det fremkommer ikke av studien om kvinnen har andre tilleggsdiagnoser eller karakteristika som tyder på at hun er et menneske i en sårbar gruppe eller i en sårbar situasjon. Utenom det er forsøkspersonen egnet.
Er deltagelse frivillig?	Det fremkommer ikke eksplisitt, men tyder på at det er frivillig deltagelse
Er metoden egnet?	Metoden som er anvendt, er ikke godt beskrevet. Mulig annen metode og/eller tydeligere beskrivelse kunne medført annet resultat.
Studiens styrker	Utforsker det aktuelle temaet, la grunnlag for videre studier (f.eks. Pukall et. al.). Kvinnen oppleve mindre grad av angst, fikk en positiv assosiasjon til nytelse ved samleie og få en opplevelse av at hun hadde kontroll over sin smerte ved bruk av hypnose. Det viser sammenheng mellom hva de skulle forske på og resultatet.
Studiens svakheter	Det er en kasus-rapport, en forsøksperson, ikke brukt valide måleinstrumenter.
Kommentar	Det er flere potensielt påvirkende sider ved kvinnen, som hennes oppvekst, relasjoner, seksuelle opplevelser, seksuelle lyst, relasjonelle utfordringer, psykiske utfordringer, gode seksuelle opplevelser før utfordringer med VVS, som både kan være styrke og svakhet. Det er en svakhet fordi dette gjør kvinnen ganske unik. Men samtidig har hypnose som behandlingsform bedret kvinnens tilstand slik at hun ikke lenger opplever forventningsangst, smerter ved samleie og at hun har positive assosiasjoner til samleie. Hatt diagnosen VVS i 3 år.

4.2.3 Artikkel 3: Pukall et. al., 2007

Tittel, forfattere, detaljer om publikasjonen	Pukall, C., Kandyba, K., Amsel, R., Khalife, S. & Binik, Y. (2007). Effectiveness of hypnosis for the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: A preliminary investigation. Journal of Sexual Medicine, 4(2), 417-425. https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00425.x
Endelig verifisering av at publikasjonen oppfyller inklusjonskriteriene og bør inkluderes	Studien oppfyller inklusjonskriteriene og bør inkluderes
Studiens hensikt	Å undersøke effektiviteten av hypnose som behandlingsform på smerte og psykoseksuell funksjon hos kvinner med VVS. De skriver at hensikten med denne studien er å følge opp tidligere kasusrapport for å rettferdiggjøre videre forskning på det aktuelle området.
Studiens hovedfunn	De konkluderer med at hypnose trolig er en potensiell behandlingsmetode for å redusere smerter ved samleie og vulvasmerter utenom seksuell aktivitet, og for å gjenopprette seksuell funksjon hos kvinner med VVS. Kvinnene oppgir å være fornøyd med behandlingen. Testene viste at hypnose medførte tydelig reduksjon i smerter fra før til etter behandling. Resultatene indikerer at hypnose kan endre opplevelsen av intensiteten av smerte.
Populasjonen (antall inkludert i hver gruppe, alder, kjønn, diagnose, alvorlighetsgrad, komorbiditeter)	8 kvinner med VVS i alderen 19-36 år (M = 26). Ikke tidligere født barn.
Hvor og når studien ble utført (årstall, land, sykehus, utenfor sykehus osv.)	Det fremkommer ikke av studien når behandlingene ble utført. Behandlingene ble utført på Sex and Couple Therapy Service (Department of Psychology, Royal Victoria Hospital, McGill University Health Center i Quebec i Canada).
Intervensjonen(e)	Inkluderte pasienter mottok en 1,5 timers introduksjonssamtale, etterfulgt av 6 ukentlige sesjoner á 1 time. Oppfølgingsamtale etter 1 og 6 måneder etter endt behandling. Hypnosen er systematisk gjennomført og godt beskrevet.
Sammenlikning(er)	Med egen situasjon før behandlingen

Utfallsmål (som spesifisert i prosjektplanen)	Smerter
Kontinuerlige data: Gjennomsnitt, standardavvik, andre statistiske mål	Målte kvinnenes opplevelse av smerte knyttet til deres VVS.
Oppfølgingstid og målemetode	Sammenlignet med starten av behandlingen, og en og seks måneder etter behandling. Det er benyttet validerte spørreskjemaer (The McGill Pain Questionnaire. The Pain Catastrophizing Scale. Pain VAS-scales. The Female Sexual Function Index. Brief Symptom Inventory. State and Trait subscales of the State-Trait. Anxiety Inventory. Beck Depression Inventory-II) i tillegg til gynekologisk undersøkelser (bomullspinne-test)
Frafall	Ei svarte ikke på en måneds oppfølgingssamtalen, to andre svarte ikke på seks måneders oppfølgingssamtalen.
Hvordan manglende data er håndtert	Den første kvinnens manglende svar ble erstattet med svar fra før behandlingen og svarene fra seks måneders oppfølgingen. For de to andre tok forskerne svarene fra den første oppfølgingssamtalen og satt det som svar for seks måneders oppfølgingen.
Etiske hensyn:	
Vurdert av en etisk komité?	Ja, studien ble gjennomgått og godkjent av Faculty of Medicine Institutional Review Board på McGill University.
Foreligger det informert samtykke?	Ja
Er forsøkspersonene egnet? ^a	Ja, fremkommer at de ikke har andre diagnoser enn de som er aktuelle for studien.
Er deltagelse frivillig?	Ja
Er metoden egnet?	Ja
Studiens styrker	Sammenheng mellom studiens hensikt, forskningsspørsmål, hva det forskes på og resultatene. Brukt flere valide måleinstrumenter. Tydelige inklusjonskriterier. Samlet og presentert mye relevant informasjon om kvinnene og deres helsetilstander. Skaper et godt fundament for videre forskning på området.
Studiens svakheter	Studien har ikke en kontrollgruppe. Kun åtte kvinner, de ble rekruttert gjennom lokale mediaannonser.

Kommentar	Gjennomsnittlig hadde kvinnene 16,6 års skolegang. Gjennomsnittlig hadde kvinnene hatt diagnosen/utfordringer knyttet til VVS 72 måneder Gjennomsnittlig hadde kvinnene konsultert med tre forskjellige helsepersoner grunnet deres smerter.
------------------	--

4.2.4 Artikkel 4: Zulfikaroglu, 2020

Tittel, forfattere, detaljer om publikasjonen	Zulfikaroglu, E. (2020). Patient's characteristics and outcome of therapy in vaginismus: A single-center report of nine-year experience. Sexual and Relationship Therapy, No-Specified. https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/14681994.2020.1722991
Endelig verifisering av at publikasjonen oppfyller inklusjonskriteriene og bør inkluderes	Studien oppfyller inklusjonskriteriene og bør inkluderes
Studiens hensikt	Utforske ulike behandlinger for ulike alvorlighetsgrader av vaginisme og hvor mange behandlingstimer som trengs. Samt å undersøke ulike demografiske karakteristika ved pasienter med vaginisme.
Studiens hovedfunn	Etter behandling kunne alle kvinnene gjennomføre samleie. Oppfølgingssamtalene avklarte at ingen hadde opplevd tilbakefall.
Populasjonen (antall inkludert i hver gruppe, alder, kjønn, diagnose, alvorlighetsgrad, komorbiditeter)	472 gifte kvinner med vaginisme i alderen 20-46 år (M = 28,2) som ble behandlet på kvinnehelseklinikken i Ankara, Tyrkia, mellom juni 2012 og juni 2019. Ekskluderte kvinner som hadde patologiske eller anatomiske problemer, eller som hadde gjennomgått kirurgiske eller medikamentelle behandlinger for dette. Gynekologisk undersøkelse utelukket også andre organiske problemer.
Hvor og når studien ble utført (årstall, land, sykehus, utenfor sykehus osv.)	Kvinnene ble behandlet på kvinnehelseklinikken i Ankara, Tyrkia, mellom juni 2012 og juni 2019.
Intervensjonen(e)	Ulike behandlinger for ulike alvorlighetsgrader av vaginisme; kognitiv terapi, atferdsterapi, dilator øvelser og medisinsk hypnoterapi, og rådgivning etter behandling. Kun 28 kvinner (de med grad fire av vaginisme) av 472 kvinner mottok medisinsk hypnoterapi. Alle kvinnene gjennomgikk intervju som ble utført av to personer med samme standardiserte, uvaliderte spørreskjemaet. Kvinnene ble intervjuet rett etter og tre måneder etter behandlingen.

Sammenlikning(er)	Sammenlignet med egne opplevelser før behandling
Utfallsmål (som spesifisert i prosjektplanen)	Smerter, mulighet for samleie
Kontinuerlige data: Gjennomsnitt, standardavvik, andre statistiske mål	Målte kvinnenes opplevelse av smerte knyttet til deres vaginisme og mulighet for samleie.
Oppfølgingstid og målemetode	Behandlingen foregikk over få antall dager, mellom 2-5 dager. De fant sammenheng mellom graden av vaginisme og lengden på behandling. Målemetodene som ble anvendt var; Lamont classification system for å avgjøre alvorlighetsgraden ved den gynekologiske undersøkelsen, SPSS versjon 17,0 ble brukt til dataanalysen.
Frafall	Ikke redegjort for.
Hvordan manglende data er håndtert	Ikke redegjort for.
Etiske hensyn:	
Vurdert av en etisk komité?	Ja
Foreligger det informert samtykke?	Ja
Er forsøkspersonene egnet? ^a	Ja
Er deltagelse frivillig?	Ja
Er metoden egnet?	Ja
	Forskerne skriver at studien er utført i henhold til Helsinkideklarasjonen, noe som innebærer at de overnevnte punktene skal være ivaretatt.
Studiens styrker	Mange deltakere, valide måleinstrumenter, legger godt fundament for videre forskning.
Studiens svakheter	Studien har mange deltakere, men det er en svakhet at det kun er 28 kvinner som har mottatt medisinsk hypnose. Pasientene er kun fra en klinikk. Omtrent en av to kvinner har en bachelorgrad, noe som ikke nødvendigvis representerer den generelle befolkningen og kan begrense muligheten for generalisering.

Kommentar

Kvinnene som mottok hypnose har den mest alvorlige graden av vaginisme, noe som kan anses som både en styrke og en svakhet ved studien.

Gjennomsnittlig utdanningsgrad hos kvinnene er bachelorgrad.

Gjennomsnittlig tid med plager grunnet vaginisme var 4,12 år.

Gjennomsnittlig antall behandlingssesjoner var 3,2. Kvinnene mottok mellom 1 og 5 behandlingssesjoner, og det studien fant at det trolig er sammenheng mellom graden av vaginisme og antall sesjoner.

Studien undersøkte også sammenhengen mellom tidsperioden uten samleie og antall behandlingssesjoner. For eksempel de som hadde vært gift under et år og ikke hatt samleie (totalt 171) hadde behov for gjennomsnittlig 3,2 behandlingssesjoner, mens de som hadde vært gift i over ti år og ikke hatt samleie (totalt 32) hadde behov for gjennomsnittlig 4,1 behandlingssesjoner. De fant ikke en stigende sammenheng mellom antall år og antall sesjoner.

^a= Med dette punktet menes om forsøkspersonene er valgt i henhold til den nedadstigende rekke av tillatelse. Det innebærer at en begynner med de friskeste menneskene, og velger andre kun om det er vitenskapelig eller etisk berettiget. Dette for å hindre at sårbare grupper og mennesker i sårbare situasjoner blir utsatt for forskning som kan være skadelig, da disse menneskene har særlig krav på aktsomhet og beskyttelse. Dette i tråd med Medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Ruyter, 2018).

4.3 Resultater fra GRADE-vurdering

De fire studiene har blitt vurdert etter GRADE-systemet, som vist i vedlegg 1. Som tidligere nevnt er GRADE et system som en bruker til å vurdere tilliten til dokumentasjonen og kvaliteten på forskningene som er inkludert i systematiske litteraturoversikter og til å gradere anbefalinger innen helsefeltet (Schünemann et al., 2013).

Artikkel	GRADE-vurdering
Al-Sughayir, M. A. (2005). Vaginismus treatment: Hypnotherapy versus behavior therapy. <i>Neurosciences</i> , 10(2), 163-167.	⊕⊖⊖⊖
Kandyba, K. & Binik, Y. M. (2003). Hypnotherapy as a treatment for vulvar vestibulitis syndrome: A case report. <i>Journal of Sex and Marital Therapy</i> , 29(3), 237-242. https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/00926230390155122	⊕⊖⊖⊖
Pukall, C., Kandyba, K., Amsel, R., Khalife, S. & Binik, Y. (2007). Effectiveness of hypnosis for the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: A preliminary investigation. <i>Journal of Sexual Medicine</i> , 4(2), 417-425. https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00425.x	⊕⊖⊖⊖
Zulfikaroglu, E. (2020). Patient's characteristics and outcome of therapy in vaginismus: A single-center report of nine-year experience. <i>Sexual and Relationship Therapy</i> , No-Specified. https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/14681994.2020.1722991	⊕⊖⊖⊖

Tabell 4 Inkluderte studier etter litteratursøk med GRADE-vurdering

Alle studiene ble vurdert til ⊕⊖⊖⊖, *Very low/svært lav*, noe som innebærer at «*This research does not provide a reliable indication of the likely effect. The likelihood that the effect will be substantially different (a large enough difference that it might have an effect on a decision) is very high.*» (Schünemann et al., 2013).

Jeg har valgt å inkludere disse studiene til tross for lav gradering. Det er hovedsakelig fordi det er utført få studier på dette området, og disse studiene kan vise resultater som er relevante for å besvare problemstillingen.

4.4 Sammenstilling av funn og tematisk analyse

Å sammenstille funn innebærer at jeg trekker ut viktige momenter fra studiene, ser momentene og de ulike studiene i sammenheng, og utformer passende temaer (Aveyard, 2019, s. 133). Temaene oppstår vanligvis fra studienes hovedfunn eller resultater (Aveyard, 2019, s. 141). Målet er ikke å oppsummere studiene, men å finne fellestrekk.

Prosessen som innebærer å samle funn fra ulike studier og sammenligne dem kaller Aveyard (2019, s. 138) for tematisk analyse, og i denne oppgaven har jeg brukt deres forenklete tilnærming til en tematisk analyse. Det innebærer å identifisere ulike temaer som er gjennomgående i de utvalgte studiene, og som er relevante for å besvare problemstillingen.

Etter grundig gjennomgang av studiene har jeg funnet tre temaer som er gjennomgående i de fire studiene. Dette er vist i tabell 5. Videre presenterer jeg utsagn og funn fra de ulike studiene som faller inn under de tre gruppene.

Artikler	Temaer	Svak forskningsbasert evidens	Positiv effekt av hypnoterapi på vulvodyni	Behov for videre forskning
Al-Sughayir (2005)		X	X	X
Kandyba og Binik (2003)		X	X	X
Pukall et. al. (2007)		X	X	X
Zulfikaroglu (2020).		X	X	X

Tabell 5 Sammenfallende temaer fra de fire inkluderte studiene.

4.4.1 Svak forskningsbasert evidens for at hypnoterapi har effekt på vulvodyni

Som vist ble alle studienes kvalitet vurdert til «svært lav kvalitet». Vurderingene som ligger til grunn for dette finnes i vedlegg 1 som viser GRADE-vurderingene. Her vil jeg kort oppsummere hovedgrunnene for denne vurderingen.

Fellestrekket ved studiene som gjør at kvaliteten har blitt vurdert til svært lav er avgrenset populasjon, og på grunn av små utvalg av studiedeltakere er det stor usikkerhet knyttet til mulighet til å generalisere.

Studien til Al-Sughayir (2005) byr på flere potensielle skjevheter ved at det ikke var randomisert fordeling av deltakerne i grupper, og deltakerne ble rekruttert fra én klinikk. Studien hadde en frafallsprosent på 13,9, noe som tilsvarte 5 kvinner. Studien hadde totalt 36 deltakere. Det fremkommer ikke av studien om deltakerne ble vurdert for å se om de var mottakelige for hypnose. Hypnoterapien og atferdsterapien som behandlinger er tydelig beskrevet, og mulig å sammenligne. Det er rapportert både positive og negative funn, noe som tyder på liten risiko for publikasjonsskjevhet.

Studien til Kandyba og Binik (2003) er en kase studie med en kvinne. Det fremkommer ikke om det er brukt valide måleverktøy i studien, og heller ikke om kvinnen ble undersøkt for å utelukke andre organiske problemer. Hypnoterapien er heller ikke grundig beskrevet. Denne studiens kvalitet vurderes til svært lav da det kun er en kvinne, avgrenset populasjonsutvalg og medfølgende stor usikkerhet knyttet til mulighet til å generalisere. I tillegg skriver Kandyba og Binik (2003, s. 241) at pasientens prognose kan ha vært over gjennomsnittet sammenlignet med kvinner som ikke har opplevd smertefri samleie og/eller kvinner med lavere lyst, noe som kan redusere resultatenes mulighet for generalisering.

Studien til Pukall et al. (2007) har kun 8 nord-amerikanske deltakere. De har anvendt flere valide instrumenter og undersøkelser, og hypnoterapien er godt beskrevet (Pukall et al., 2007, s. 423). Men grunn av lav utvalgsstørrelse og stor usikkerhet knyttet til mulighet til å generalisere vurderes studiens kvalitet til svært lav. Denne studien har begrensninger også fordi den var ukontrollert.

Studien til Zulfikaroglu (2020) undersøkte totalt 472 kvinner med vaginisme, hvorav 28 hadde den alvorligste graden av vaginisme som ble behandlet med blant annet medisinsk hypnoterapi. Hypnoterapien er godt beskrevet. Det er sannsynlig at utenforliggende momenter som ikke har blitt kontrollert kan ha påvirket resultatet (kultur, sosiale forhold og lignende). Liten risiko for rapporteringsskjevheter da studien rapporterer både positive og negative funn. Studiens kvalitet er vurdert likevel til svært lav grunnet avgrenset utvalg, og medfølgende stor usikkerhet knyttet til mulighet til å generalisere. Studien har flere begrensninger, som at kvinnene i studien ble rekruttert fra et behandlingssenter (Zulfikaroglu, 2020, s. 2), noe som kan medføre demografiske skjevheter og at deltagerne ikke kan anses som et representativt utvalg hvor resultatene kan generaliseres (Zulfikaroglu, 2020, s. 12).

4.4.2 Positiv effekt av hypnoterapi på vulvodyni

Alle studiene viser at hypnoterapi kan ha positiv effekt på vulvodyni. Ingen av deltakerne mottok noen annen form for behandling for vulvodynidiagnosen mens de deltok i studiene.

Al-Sughayir (2005, s. 166) fant at både hypnoterapi og atferdsterapi viste seg effektive i behandling av vulvodyni, og at kvinnene som ble behandlet med hypnoterapi oppnådde gode resultater raskere, med gjennomsnitt på 4,7 behandlinger, i motsetning til atferdsterapi som hadde gjennomsnitt på 10,0 behandlinger. Kandyba og Binik (2003, s. 241) fant også at hypnoterapi kan anses som et verdifullt verktøy i behandling av utfordringer knyttet til vulvodyni. Resultater fra studien til Pukall et al. (2007, s. 422), fra undersøkelsene og kvinnenes uttalelser, viser at for kvinner med vulvodyni kan hypnoterapi være et godt behandlingsalternativ for å redusere opplevelse av smerte i vestibulen, økt seksuell tilfredsstillelse og bedre seksuell fungering. Kvinnene rapporterte at de var fornøyde med behandlingen og utfallet. Og testene som ble utført før og etter behandling tyder på forbedring i smerteterskelen/sensitivitet hos deltakerne (Pukall et al., 2007, s. 423).

I studien til Zulfikaroglu (2020) var det kun kvinnene med den alvorligste graden av vaginisme, grad 4, som mottok hypnoterapi i behandlingen. Dette var totalt 28 kvinner. Kvinner med alvorlig grad av vaginisme fremviste mer frykt og angst knyttet til berøring behandling enn kvinner med mildere grader (Zulfikaroglu, 2020, s. 3). Til tross for dette oppga alle kvinnene som hadde deltatt i studien, at de, etter behandling og ved oppfølgings samtalen etter tre måneder, hadde suksessfullt gjennomført samleie (Zulfikaroglu,

2020, s. 6). Studien fant at hypnose trolig medfører raskere bedring enn andre behandlingsformer (Zulfikaroglu, 2020, s. 11).

Både Zulfikaroglu (2020, s. 11) og Al-Sughayir (2005, s. 166) fant at hypnoterapi som terapeutisk intervensjon kan føre til mer ønskelige utfall og bedre seksuelle opplevelser under samleie. Al-Sughayir (2005, s. 166) fant også at hypnoterapi medførte større grad av seksuell tilfredsstillelse hos begge parter sammenlignet med atferdsterapi.

I studien til Al-Sughayir (2005, s. 166) ble pasientene behandlet til symptomene var borte og alle klarte å gjennomføre samleie. Ved endt behandling var det tydelig reduksjon av sexrelatert angst hos kvinnene og både deltager og deres partner viste bedring i seksuell tilfredsstillelse. Målet med hypnosen i studien til Kandyba og Binik (2003, s. 237) var å redusere forventet angst, skape positive assosiasjoner knyttet til nytelse ved samleie og skape opplevelse av kontroll over smerten. Målene ble nådd, og smertene og frykt for smerter ble borte (Kandyba & Binik, 2003, s. 241). Allerede etter første hypnosebehandling opplevde pasienten tydelig reduksjon av smerter knyttet til vulvodyni, og gradvis forbedring videre til smertene var vekk og hun så frem til samleie ved den 11. behandlingstimen (Kandyba & Binik, 2003, s. 240).

4.4.3 Behov for videre forskning

Alle studiene konkluderer med at det er behov for mer forskning på området. Al-Sughayir (2005, s. 166) skriver at for å underbygge funnene i denne studien er det nødvendig med flere og/eller større studier fra multisentre og med flere deltagere og med oppfølging i ettetid av behandling. Pukall et al. (2007, s. 424) mener at hypnoterapi som terapeutisk behandling burde undersøkes nærmere i kontrollerte undersøkelser. Kandyba og Binik (2003, s. 241) skriver at forbedringene hypnoterapi har medført for pasienten i deres studie tyder på at det er behov for å undersøke behandlingsmetoden nærmere. Og Zulfikaroglu (2020, s. 12) skriver at det er behov for ytterligere studier på området med sterke studiedesign og større utvalg.

Det finnes overaskende få studier av bruk av hypnoterapi på smertetilstander som påvirker seksuell funksjon, til tross for at flere studier tyder på suksess knyttet til behandling av kroniske smerter (Pukall et al., 2007, s. 422). Pukall et al. (2007, s. 424) skriver at videre studier burde undersøke viktige aspekter knyttet til opplevelse av kroniske vulvasmerter og seksuell funksjon.

5 Drøfting

5.1 Svak forskningsbasert evidens for at hypnoterapi har effekt på vulvodyni

Når utvalget av studiedeltakere ikke er representativt, og/eller om det er få deltagere eller hendelser, nedgraderes studiekvaliteten (Aveyard, 2019, s. 103; Stoltenberg, 2018). Svært lav kvalitet innebærer liten tro på at effektestimater ligger nært den sanne effekten av behandlingen. I dette tilfellet innebærer det liten tiltro til resultatene fra de inkluderte studiene som viser at hypnoterapi er effektiv i behandling av vulvodyni. Så selv om alle som deltok i studiene opplevde bedring når de ble behandlet med hypnoterapi, så er ikke studienes evidens sterk nok til å understøtte dette.

Forskningsbasert evidens¹ som stammer fra kvantitativ forskning anses for å ha høyere verdi enn evidens fra kvalitativ forskning, og blir ansett som den riktige og mest pålitelige formen for evidens (Rycroft-Malone et al., 2004). Evidensbegrepet bærer preg av å være inspirert av det medisinske og naturvitenskapelige (Fossestøl, 2013), som betyr at høy grad av evidens innebærer at resultatene må være objektive, være mulig å observere, mulig å komme frem til resultatene gjennom tester og målinger, og helst mulig å generalisere til å gjelde flere enn de som deltok i studien (Polit & Beck, 2018, s. 8).

Det er kunnskapsgrunnlaget som blir dannet fra statistiske metoder og randomiserte studier som ligger til grunn for evidensbasert medisin (Rycroft-Malone et al., 2004). Fra tusenårsskiftet har helsefagene og lignende fagfelt begynt å anse den evidensbaserte medisinen arbeidsmåter og kunnskapsgrunnlag som fundament og forbilde for forskning og praksis (Martinsen, 2009). Evidensbasert praksis og omsorg søker å finne behandlinger og rutiner som er mest effektive og fungerer best (Forsberg & Wengström, 2008, s. 24). Evidensbasert medisinsk forskning blir høyt verdsatt da den gir indikasjon på hvor godt en intervensjon fungerer og hvilke kostnader og effektivitet den kan medføre (Martinsen, 2009).

¹ Evidens stammer fra det latinske ordet *evidentia* som betyr tydelighet, og innenfor helse- og omsorg skal evidensbasert omsorg bygge på kunnskap og systematisk anvendelse av det beste tilgjengelige vitenskapelige faktagrunnlaget Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (2. utg.). Natur och kultur.

Den metoden som blir ansett som gullstandarden for forskning er randomiserte kontrollerte studier (RCT) (Grimen, 2009, s. 213). Noe som også er tydelig i GRADE-vurderingene, er det kun er studier som RCT som i utgangspunktet kan skåres til høy kvalitet.

Den ene gruppen, intervensjonsgruppen, utsettes for en intervensjon eller endring, mens den andre gruppen, kontrollgruppen, enten får placebobehandling, tradisjonell behandling eller ingen behandling (Nortvedt et al., 2021, s. 116). Jo mer man kan isolere, kontrollere og måle de ulike faktorene i en studie, jo lettere er det å konkludere med den faktiske effekten av en intervensjon (Polit & Beck, 2018, s. 140). En slik tilnærming forsøker å enten kontrollere eller ekskludere komplekse fenomener, slik at en sitter igjen med forhold som direkte kan studeres. Effekten av intervensjonen vil vise seg ved å sammenligne intervensjonsgruppen og kontrollgruppen etter en bestemt tid.

Strengt forskningsmetoder, som RCT, forsøker å minimalisere eller fjerne skjevheter (Polit & Beck, 2018, s. 70). Randomisering, hvor faktorer er fordelt tilfeldig, er et eksempel, og blinding er et annet. Blinding innebærer å tilbakeholde informasjon fra deltakerne, de som samler inn data og/eller de som innfører/utfører intervensjonen, og målet er at det skal øke sjansen for objektivitet (Polit & Beck, 2018, s. 71). Det vil for eksempel si at deltakerne og/eller forskerne ikke vet hvem som får behandling. Hvis verken deltakerne eller forskerne vet hvem som får hvilken intervensjon, kalles det dobbel blinding, og skal ytterligere kunne redusere sjansen for systematiske skjevheter (Polit & Beck, 2018, s. 143). I slike tilfeller vet verken forskerne eller deltakerne om deltakerne er i intervensjonsgruppen eller kontrollgruppen.

Som tidligere nevnt blir intervensjonsgruppen utsatt for en intervensjon, mens den andre gruppen enten får annen behandling, ingen behandling eller placebobehandling. Om den får ingen behandling kalles den kontrollgruppe, men om den får annen eller placebobehandling kalles det sammenligningsgruppe.

Det kan stilles spørsmål om det i det hele tatt vil være mulig å gjennomføre studier på effekten av hypnoterapi på vulvodyni med så høy spesifisitet at høy grad av kvalitet og evidens kan garanteres.

Om en skal utføre slike rigide randomiserte kontrollerte studier for å vurdere effekten av hypnoterapi kan fysioterapi, kognitiv terapi eller lignende være eksempler på behandlinger som kontrollgruppen utsettes for. Om sammenligningsgruppen blir utsatt for placebobehandling betyr det at de får en behandling, som for eksempel i form av et legemiddel, som ikke har medisinsk effekt.

Men det er også her mulighet for systematiske skjevheter. En ting er placeboeffekten, som omhandler forventning om forandring (Pripp, 2019). Det innebærer at forventningen om respons fra behandlingen fører til faktisk forbedring, uavhengig av om de har blitt utsatt for intervensjon eller placebobehandling (Pripp, 2019). For å måle en eventuell placeboeffekt kan det være aktuelt å ha en kontrollgruppe som ikke får noen form for behandling. En annen måte er å fortelle halvparten av deltakerne i intervensjonsgruppen at de får behandling og resterende halvpart ikke, og gjøre det samme i en kontrollgruppe/sammenligningsgruppe, for så å måle placeboeffekt og faktisk effekt (Pripp, 2019). Forskerne kan også identifisere og hvis nødvendig ekskludere deltakere som blir påvirket av placeboeffekten i en innkjøringsstudie før en faktisk studie (Pripp, 2019).

En annen ting som potensielt kan medføre skjevheter er noceboeffekten. Nocebo er antonymet til placebo, og betyr at en har negative forventninger til en behandling. Virkningen er at deltakeren som får behandling, vil oppleve en forverring eller bivirkninger (Kristiansen, 2020). Dette til tross for, som i likhet med placebo, at vedkommende ikke blir utsatt for en faktisk intervensjon eller endring. De negative følgene noceboeffekten kan medføre er for eksempel at den reduserer opplevelsen av effekten av en behandling, eller fører til forverring fremfor forbedring på grunn av forventningene en har (Aslaksen, 2021). Så behandlingen kan være god og effektiv, men vedkommendes forventning om forverring medfører dårligere resultater.

En tredje ting er Hawthorn-effekten. Det betyr at når en deltar i en studie og vet at man blir observert, så påvirker det utfallet (Nortvedt et al., 2021, s. 202). Det vil si at studiedeltakernes atferd endres fordi de vet de blir observert, målt og/eller vurdert. Det gjelder blant annet deltakernes personlige atferd når de vet de blir observert i blindede studier, der de ikke vet om de er med i intervensjonsgruppen eller sammenligningsgruppen/kontrollgruppen (Pripp, 2020). Pripp (2020) skriver videre at Hawthorn-effekten ofte tiltar når det er økt observasjonsfrekvens og -intensitet. For å redusere sjansen for Hawthorn-effekten kan man

tilrettelegge for å redusere opplevelsen av å bli observert og/eller å bruke mer indirekte og objektive målemetoder (Pripp, 2020).

Så for å utføre studier og få resultater med høy evidens, med lav risiko for systematiske skjevheter, burde en utføre en randomisert kontrollert studie med et passende stort og representativt antall deltakere, gjerne med blinding eller dobbel-blinding, ta hensyn til og potensielt redusere/fjerne sjanse for påvirkning av placeboeffekten, noceboeffekten og Hawthorn-effekten. Å utføre en slik studie av hypnoterapiens effekt på vulvodyni ville trolig ført til høyere grad av evidens enn graden av evidensen fra resultatene inkludert i denne studien.

Men det finnes potensielle utfordringer. Som nevnt kan alternativ behandling til sammenligningsgruppen være fysioterapi, kognitiv terapi eller lignende, eller ingen behandling. Å utsette sammenligningsgruppen for en placebobehandling, kan gjøres ved at sammenligningsgruppen blir utsatt for det Frischholz (2015) kaller «subliminal reconditioning». Det innebærer at stimuliene deltakerne utsettes for er så svake, varer så kort tid og/eller innehar ingen påvirkningskraft på det som skal påvirkes (Spanos et al., 1993). Det vil trolig være svært utfordrende og potensielt uetisk å utføre en slik placebobehandling, da det vil innebære at kontrollgruppen mottar hypnoterapi uten at hypnotisøren innfører en intervensjon eller endring. Grunnen til at det kan være utfordrende og uetisk er fordi en er svært mottakelige for påvirkning og endring mens man befinner seg i transe, og at vedkommende kan bli betydelig påvirket av det, enten positivt eller negativt (Parris, 2016). En slik placebobehandling kan medføre endring på grunn av placebo-, nocebo-, eller Hawthorn-effekt. Det kan også medføre utilsiktede endringer da vedkommende er ofte har økt sjanse for påvirkning under hypnose.

Siden placebobehandling trolig ikke er det beste alternativet per nå, og en derfor burde sammenligne hypnoterapibehandlingens effekt mot enten annen behandling eller ingen behandling, vil det vanskeliggjøre blinding og dobbelt-blinding. Dette fordi behandlerne og de som utsettes for intervensjonen vet hvilken behandling de får. Og i tillegg vil hypnoterapi virker best om den er individuelt tilpasset til pasientens ønsker og behov, noe som vanskeliggjør blinding og dobbel-blinding ytterligere (Vandvik, 2012).

Både placebobehandling og blinding kan være utfordrende å få til i randomiserte kontrollerte studier som undersøker effekten av hypnoterapi på vulvodyni, noe som videre kan redusere graden av evidens knyttet til resultatene fra potensielle studier. Et annet potensielt forstyrrende moment er at det kan være utfordrende å finne et utvalg studiedeltakere som kan være representative for den aktuelle gruppen. Wesselmann et al. (2014) skriver at internasjonale tall viser at omtrent 10-15% av alle kvinner vil i løpet av livet bli rammet av vulvodyni. Men mange av disse oppsøker ikke lege, og får ikke stilt diagnose eller mottar behandling (NOU, 2023:5, s. 129). Det vil si at det potensielt er mørketall på hvor mange som har vulvodyni og hvor mange som søker hjelp, og hvilken behandling som hadde passet majoriteten. Å utføre forskning basert på kvinner som søker hjelp, mottar eller har mottatt behandling vil eventuelt vise effekt det har for den gruppen, men vil ikke nødvendigvis være representativ for de som ikke søker helsehjelp.

Dersom det hadde blitt utført rigide randomiserte kontrollerte studier for å finne effekten av hypnoterapi på vulvodyni vil det fortsatt potensielt kunne finnes systematiske skjevheter. Det kan derfor være utfordrende å få utføre studier og få resultater av høy kvalitet basert på kvalitetsvurderinger som brukt i denne oppgaven.

5.2 Kan hypnoterapi likevel tenkes å ha en effekt på vulvasmerter?

Ønsket med denne litteraturstudien var å vurdere effekten av et tiltak eller en intervensjon basert på resultatene fra de aktuelle studiene. Det er viktig å vurdere kvaliteten på studiene og informasjonen den gir for å vurdere i hvilken grad resultatene kan vise seg troverdige (Aveyard, 2019, s. 104). Hvis alle studiene hadde blitt vurdert til høy kvalitet ville det medført større troverdighet til resultatene (Aveyard, 2019, s. 135). Men som vist har tilliten til dokumentasjonen og kvaliteten på forskningene som er inkludert i denne studien blitt vurdert til svært lav. Det innebærer at resultatene trolig ikke kan anslå faktisk effekt av hypnoterapi som behandling eller tiltak.

Selv om de inkluderte studienes kvalitet er vurdert til svært lav, og med det at studienes resultater oppnår svak forskningsbasert evidens, er det likevel mulig at hypnoterapi kan være en effektiv behandling av vulvodyni. Vulvodyni er som nevnt en av de mest vanlige kroniske smertetilstandene som rammer kvinner (Torres-Cueco & Nohales-Alfonso, 2021), og det finnes flere studier som understøtter at hypnoterapi som behandling har vist seg effektiv i behandling av andre kroniske smertetilstander.

I sin meta-analyse av 18 studier om hypnoterapiens effekt på smertelindring fant Montgomery et al. (2000) at hypnoterapi som behandling har god effekt på smerter og medfører smertelindring. Jensen og Patterson (2006) fant i sin studie at hypnoterapi medførte sterk reduksjon i opplevelse av smerte sammenlignet med behandlinger som medikamentell behandling, fysioterapi, rådgivning og veiledning, og ingen behandling. I Haanen et al. (1991) sin randomiserte kontrollerte studie av hypnoterapi som behandling av fibromyalgi, viste resultatene at pasientene som mottok hypnoterapi opplevde signifikant bedring i deres opplevelse av smerte, utmattelse ved oppvåkning og søvnmønster, sammenlignet med de som mottok behandling i form av fysioterapi.

I Spanos, Liddy, Garrard, Tirabasso, og Hayword (1993) sin kontrollerte studie som undersøkte hypnosens effekt på hodepine, fant de at både intervensjonsgruppen som mottok hypnoterapi og sammenligningsgruppen som fikk placebobehandling opplevde signifikant reduksjon i hodepine etter endt behandling (Frischholz, 2015). Elkins et al. (2007) analyserte 13 publiserte kontrollerte artikler som vurderte effekten av hypnoterapi på kroniske smerter og fant at hypnoterapi som behandling viste seg å være signifikant effektiv for å redusere kroniske smerter knyttet til blant annet korsryggsmerter, kreft og fibromyalgi.

Som vist over er det flere studier, inkludert randomiserte kontrollerte studier, som indikerer at hypnoterapi kan ha god effekt på kroniske smertetilstander.

Når en skal behandle en pasient med kroniske smertetilstander som vulvodyni burde en ta sikte på å behandle både de fysiske, psykiske, seksuelle og relasjonelle forholdene (Al-Abbadey et al., 2016, s. 137; Goldstein & Burrows, 2007, s. 12). Dette fordi vulvodyni påvirker og blir påvirket av disse forholdene. Så for å forstå og finne potensielle behandlinger er det passende å bruke en biopsykososial forståelsesramme (Engel, 1977). Giorgi et al. (2020) skriver at Engel sin biopsykososiale teori er den eneste teorien som byr på et holistisk perspektiv som ser sammenheng og gjensidig påvirkning mellom de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene. Med bakgrunn i det overnevnte og tidligere presenterte forskningene vises det at behandling med hypnose kan påvirke de nevnte faktorene enten direkte eller indirekte.

Pukall et al. (2007) fant i sin studie at hypnoterapi påvirker både den sensoriske og den affektive dimensjonen av smerte, noe som tyder på at reduksjon av smerte grunnet hypnose kan komme fra mer enn kombinasjonen av avslapning, kognitive coping skills og placeboeffekt. Det tyder på at neurale og spinale smertesignaler også har blitt påvirket av kognitive og/eller atferdsmessige mekanismer (Pukall et al., 2007, s. 423).

Forstått fra et biopsykososialt perspektiv vil de kroniske vulvasmertene bli påvirket av og påvirke sosiale og kulturelle faktorer. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at partnerne/ektefellene til kvinnene med vulvodyni kan oppleve seksuelle utfordringer og dysfunksjoner. For eksempel fant Zulfikaroglu (2020, s. 5) i sin studie at 34,7% av ektefellene til studiedeltakerne opplevde erektille problemer. Al-Sughayir (2005, s. 163) fant i sin studie at vulvodyni kan medføre utfordringer for partneren i form av erektil utfordring, for tidlig utløsning eller begge. Det er også stor sannsynlighet for at vulvodyni kan lede til skilsmisse eller brudd mellom partnere, og depressive emosjoner og lav selvfølelse for begge de berørte partene (Al-Sughayir, 2005; Zulfikaroglu, 2020). Seksualitet og utfordringer knyttet til seksuell funksjon påvirker relasjonen til oss selv og relasjonen til andre (Almås & Benestad, 2017, s. 40).

Det er også mulig at kulturelle forhold kan påvirke forekomst og alvorlighetsgraden av vulvodyni. Zulfikaroglu (2020, s. 8) skriver at psykologiske, sosiale, kulturelle, personlige og fysiske faktorer kan føre til vaginisme, og at spesielt kulturelle faktorer spiller en vesentlig rolle. Dette blant annet fordi seksuell atferd blir påvirket av sosial og kulturell innflytelse, da de setter føringer for hva som anses som akseptabelt (Zulfikaroglu, 2020, s. 8). Vulvodyni står for mellom 52% to 73% av alle henvisninger av kvinner på grunn av seksuell dysfunksjon i Tyrkia, noe som er mye høyere enn de 10% til 17% forekomstene som er funnet i vestlige land (Sungur, 2012, i Zulfikaroglu, 2020, s. 8).

Norvoll (2013, s. 19) skriver at menneskets opplevelser, erfaringer og livssammenheng burde tas hensyn til for å forstå vedkommendes helse og sykdom, og i utredning, oppfølging og behandling. Behandling og forståelse av seksuelle utfordringer og problemer kan bli håndtert på ulike måter grunnet ulikevekt i kroppslige systemer, psykologiske problemer, kulturelle utfordringer og kombinasjoner av dem (Almås & Benestad, 2017, s. 44). Rycroft-Malone et al. (2004) skriver at det er viktig å individuelt vurdere og tilpasse evidens for at det skal ha mest mulig nytte og virkning i den aktuelle konteksten og med den/de aktuelle pasientene og behandlingene. Hypnoterapi kan være et rimelig og effektivt verktøy i behandling av vulvodyni og kan medføre bedring i seksuell tilfredsstillelse hos berørte parter (Al-Sughayir, 2005, s. 166).

Pukall et al. (2007, s. 418) skriver at reduksjon i opplevelse av smerte ikke nødvendigvis fører til bedre seksuell fungering, så det er viktig å forsøke å forbedre begge aspektene. Da kan det være aktuelt å anvende hypnoterapi, da behandling kan, i tillegg til å redusere smerte, også redusere opplevelse av angst, forbedre søvn og forbedre livskvalitet (Elkins et al., 2007). Hypnosen har også vist seg effektiv i reduksjon i angst, fobi og frykt, og har medførte avslapning og mindre spenning i muskulaturen (Zulfikaroglu, 2020, s. 11). Og under hypnose kan det bakenforliggende problemet eller følelsene knyttet til vulvodyni oppdages og potensielt håndteres (Zulfikaroglu, 2020, s. 11). Og i flere av de inkluderte studiene har deltakerne etter hypnoterapi oppgitt at de opplever bedre seksuell fungering.

Det tyder på at biologiske, psykologiske og sosiale faktorer både påvirker og blir påvirket av vulvodyni som kronisk smertetilstand. En rekke studier viser at hypnoterapi har effekt på andre kroniske smertetilstander. Hvilken effekt hypnoterapi har i behandling av vulvodyni er usikkert da det er manglende forskningsbasert evidens. Studier tilsier at det er trolig effektivt å anvende hypnoterapi som behandlingsmetode, men grunnet de strenge kvalitetskriteriene som stilles til forskningen, anses resultatene som svake. Det er ikke synonymt med at hypnose likevel ikke kan være en effektiv terapiform for vulvodyni, men heller at det er behov for flere, nye og solide studier av denne potensielle behandlingsformen.

5.3 Behov for ytterligere forskning

I «Den store forskjellen», NOU'en (2023:5) som omhandler kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv påpeker forfatterne at kvinnehelse har lav status og det gjør seg også gjeldende innenfor kunnskapsutvikling og forskning. Lav status fører til at fagområdet i mindre grad blir prioritert, forsket på eller videreutviklet. I NOU'en stilles det også spørsmål om kvinnehelse og kvinnelidelsers lave status danner et vagt kunnskapsgrunnlag som videre fører til at det tar lenger tid å stille diagnose og finne adekvate behandlinger.

Det vil altså være nødvendig å forske på og utvikle kunnskapsfeltet knyttet til kvinnehelse og vanlige kvinnelidelser for å kunne tilby adekvate, solide og effektive behandlinger og oppfølgninger. For kvinner som opplever utfordringer med vulvodyni finnes det svært få og begrensede behandlingstilbud (NOU, 2023:5). Det er lite forskning på lidelser knyttet til kroniske vulvasmerter når det gjelder årsaker, konsekvenser og behandlingsmuligheter, samt lite psykologisk og sosiologisk forskning, selv om kombinasjonen av biologiske, psykologiske og sosiale relasjoner trolig påvirker og blir påvirket av smertene (NOU, 2023:5). Å forske videre på vulvodyni vil være veldig aktuelt, da det kan ramme og begrense kvinner i alle aldre.

Studier og litteratur tyder på at hypnoterapi kan være en potensiell behandlingsmetode av vulvodyni, men for å understøtte dette burde det forskes mer på. Schünemann et al. (2013) skriver at forskning på potensielle intervensjoner, som hypnoterapi i behandling av vulvodyni, med lite eller lav evidens ofte resulterer i anbefalinger om videre studier. Alle de fire inkluderte studiene skriver avslutningsvis at det er behov for mer forskning på dette området. Anbefalinger om videre forskning oppstår når allerede utført forskning viser utilstrekkelig evidens, når videre forskning vil redusere usikkerheten av effekten av intervensjonen og når forskning på området vil/kan føre til økt verdi og kostnadseffektivitet (Schünemann et al., 2013). At intervensjoner er både tids- og kostnadseffektive er viktige faktorer da både tid og penger er mangelvare i helsevesenet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2019-2020). Anbefaling om videre forskning burde innebære detaljerte anbefalinger om spesifikke forskningsspørsmål og retningslinjer (Schünemann et al., 2013). Basert på de inkluderte studiene, andre relevante studier og annen litteratur, bør nye studier nøye vurdere følgende komponenter; populasjon, måleverktøy og hypnoterapi, studiedesign, og evidens og kunnskap.

5.3.1 Populasjon

Utvalget av studiedeltakere må være representativt for populasjonen. Vulvodyni rammer kvinner i alle aldre og en ny studie bør inkludere kvinner i ulike aldre. I forskningene inkludert i denne studien har det kun vært kvinner før overgangsalder, og som ikke tidligere har vært gravide/født barn. For å få et realistisk bilde av hvem som kan ha effekt av hypnoterapi som behandling burde kvinner både før og etter overgangsalder inkluderes, og kvinner som har/ikke har født, og kvinner med og uten barn.

I studien til Zulfikaroglu (2020) konstaterte de deltagerne alvorlighetsgrad av vaginisme, og fant at å indentifisere graden av vaginisme før behandling bidro til bedre ivaretagelse av kvinnene under behandling. Siden de ulike gradene kan medføre ulike innvirkninger på livet og biologiske, psykologiske og sosiale forhold, kan det være nyttig å vurdere alvorlighetsgraden når det skal forskes på, da det kan ha innvirkning på effekt av behandling. Konstatering av alvorlighetsgrad vil trolig være nyttig uavhengig av hvilken form for vulvodyni en har.

Det er også funn som tyder på at det kan være ulik forekomst av vulvodyni i ulike land og kulturer. Det er også mulig at det er forskjeller innad i ulike kulturer. I to av de inkluderte studiene var utdanningsnivået hos kvinnene høyere enn i øvrig befolkning (Pukall et al., 2007; Zulfikaroglu, 2020). Kvinnenes høye utdanningsnivå kan medføre misvisende resultater for den aktuelle populasjonen som resultatene skal generaliseres til. Derfor burde utdanning og andre lignende faktorer også tas hensyn til i videre forskning.

Det finnes ikke eksakte tall på hvor mange kvinner som opplever vulvodyni (Torres-Cueco & Nohales-Alfonso, 2021). Det kan innebære mørketall på hvor mange som faktisk har disse utfordringene uten å oppsøke lege eller behandling for smertene. I videre forskning burde dette tas hensyn til. Om det er kun er kvinner som selv oppsøker hjelp som inkluderes i studiene burde dette dokumenteres. Eventuelt om det gjøres tiltak for å rekruttere flere kvinner enn de som selv oppsøker hjelp også. Kvinnene som deltok i de inkluderte studiene, har til felles at de selv har oppsøkt helsehjelp for sine plager.

Kvinnene bør også bli testet for hvor mottakelige de er for hypnose, da mottakeligheten påvirker effektiviteten av hypnoterapi og med det hvor effektiv behandlingen er. I forskning burde det også tas hensyn til ulike karakteristika ved kvinnene som potensielt kan påvirke resultater. Al-Sughayir (2005, s. 166) fant at faktorer som kan ha påvirket resultatet er

kvinnenes personlighet, motivasjon og opplevelse av skam, og Zulfikaroglu (2020, s. 11) skriver at kvinnenes tillit til behandler, tålmodighet, kjærlighet mellom kone og partner og støtte fra partner var viktige faktorer for at behandlingen skulle være effektiv.

5.3.2 Måleverktøy og hypnoterapi

I videre forskning burde det anvendes valide måleinstrumenter for å måle ulike forhold og faktorer som har betydning for resultatene. De fire inkluderte studiene presenterer flere ulike verktøy for å måle ulike faktorer, som blant annet smerte (The McGill Pain Questionnaire og Lamont classification system med fire ulike alvorlighetsgrader ble brukt for å vurdere graden av smerte), verste tenkelige smerte (The Pain Catastrophizing Scale), sexrelatert angst og seksuelle tilfredsstillelse (Brief Index of Sexual Functioning for Women og Brief Sexual Function Inventory), situasjonell angst (The State and Trait subscales of the State-Trait Anxiety Inventory) og psykopatologi (Brief Symptom Inventory).

Hvilke måleverktøy som skal anvendes vil avhenge av hva som skal undersøkes. Hvilke og hvor mange måleverktøy som skal brukes vil også avhenge av omfanget av potensielle studier. Det kan være hensiktsmessig å utarbeide en standardisert oversikt over potensielle måleverktøy som kan anvendes i videre studier, da det kan danne bedre grunnlag for sammenligning.

Videre burde det etterstrebtes å utforme og utføre hypnoterapi på en standardisert måte. Med dette mener jeg at hypnoterapien som utføres burde kunne gjentas og repeteres i de ulike behandlingene for å sikre at alle studiedeltakerne får tilnærmet like sesjoner. I studien til Pukall et al. (2007) ble det brukt et standardisert oppsett for hypnosen med felles retningslinjer og fremgangsmåte, hvor ca. 15% ble individuelt tilpasset til hver enkelt deltaker. At deler av behandlingen ble individuelt tilpasset kan være aktuelt i videre studier også, da det alltid vil være individuelle faktorer og forhold ved vedkommende som er nødvendig å håndtere og behandle, og som ikke blir omfanget av øvrig behandling. Om individualisering er passelig vil avhenge av oppsettet. Det er uansett en anbefaling å utforme et standardisert oppsett for hypnoterapi med retningslinjer og fremgangsmåte som gjør det mulig for andre å følge samme oppsettet, både i videre forskning og klinisk praksis.

I tillegg til å utforme et slikt oppsett, kan det være nyttig å utforske lengden på og antallet sesjoner som er nødvendig før deltakerne når de terapeutiske målene. Dette for å konstatere effektivitet og nytte, og for å kunne sammenligne med tidsmessigperspektiv for andre behandlinger.

5.3.3 Evidens og kunnskap

Martinsen (2009) skriver at når en skal forske så må en kritisk spørre seg om det som skal studeres faktisk lar seg studeres ved bruk av de aktuelle metodene og designene, da ulike kunnskaps- og evidensformer kan komme i konflikt med hverandre. Man kan ikke forvente at en skal kunne underlegge alt en spesifikk form for evidens. Martinsen (2009) skriver at det ikke finnes ulike og likeverdige former for evidens, men at det kun er den medisinske formen for evidens som er gjeldende.

I forskning knyttet til vulvodyni vil subjektive opplevelser og erfaringer være relevante, men oftest blir slik kvantitativ data ansett som evidens av lav kvalitet. Men menneskets kompleksitet er utfordrende å fange i sin helhet gjennom alene kvantitative studier og data, da kvantitativ forskning forsøker å enten redusere eller ekskludere faktorene som ikke lar seg direkte studere (Polit & Beck, 2018). Siden de kvalitative dataene og faktorene er sentrale i forskning og behandling av vulvodyni kan de ikke ekskluderes. Heller burde det være en måte å utvinne solid evidens fra flere kilder enn kvantitativ forskning (Rycroft-Malone et al., 2004).

Martinsen (2009) skriver at den medisinske evidensen vi baserer forskningsresultater, behandlinger og kunnskap på ikke alltid er til å stole på når den går ut over sitt gyldighetsområde. Med dette mener hun at mennesket og alle dets komplekse sider ikke lar seg observeres, måles eller føyes etter regler i sin helhet, og det er ikke noe man kan kontrollere eller ekskludere når man forsøker å finne behandlinger for å hjelpe hele mennesket. Den medisinske evidensen klarer altså ikke å fange essensen av hele mennesket, så om den skal danne grunnlaget for diagnostisering og behandling vil trolig flere aspekter av mennesket forbli usett og ubehandlet. Det tyder på at det er behov for å inkludere ulike former for evidens på toppen av evidenshierarkiet når en skal finne måter å forstå og håndtere de sidene av mennesket som ikke blir ivaretatt av medisinsk evidens.

Erfaringer, opplevelser og kunnskap som har belegg og er til å stole på burde anses som gyldige og evidente i de kontekstene de gjør seg gjeldende (Martinsen, 2009). De burde tas med i betraktning fordi det alltid vil være faktorer og opplevelser vi ikke kan kontrollere og kvantitativt måle, men som er av betydning for helheten (Martinsen, 2009). Derfor burde ikke studier av tilstander som vulvodyn timer som påvirker både biologiske, psykologiske og sosiale forhold forskes på med kvantitative metoder alene, men heller med et studiedesign som tilrettelegger for å samle og arbeide med både kvalitative og kvantitative data.

5.3.4 Studiedesign

For videre forskning kan det være nødvendig med en standardisert måte å forske på hypnoterapi i behandling av vulvodyn timer og andre kroniske smertetilstander. Vandvik (2012) skriver at det er behov for flere randomiserte kontrollerte studier og kvalitative studier av hypnose som innehar god metodikk og forhold som tilrettelegger for god kvalitet og høy evidens for å utarbeide mer kunnskap om behandlingsmetoden og virkningsområdet. Randomiserte kontrollerte studier er det som rangerer høyest i evidenshierarkiet, mens pasienters verdier, preferanser og erfaringer befinner seg nederst (Bondevik, 2018). Men den naturvitenskapelige formen for forskning er ofte basert på mekaniske og reduksjonistiske tilnærminger, og slike forskningsdesign og metoder klarer sjeldent å fange hele essensen og kompleksiteten ved mennesket (Schubert et al., 2023). Dette er veldig aktuelt for diagnoser og tilstander som vulvodyn timer og behandlinger som hypnoterapi, som har innvirkning på både psykologiske og sosiale forhold, i tillegg til biologiske faktorer. Det vil si at de påvirker subjektive sider ved et individ, noe som kan være utfordrende å observere og vurdere objektivt.

For at en studie og dens resultater skal oppnå høy evidens og ha god kvalitet burde det bli utført randomiserte kontrollerte studier, gjerne med intervensjonsgruppe, sammenligningsgruppe og kontrollgruppe, og sjansene for placeboeffekt, noceboeffekt og Hawthorn-effekt er reduserte eller ikke-eksisterende. Blinding og dobbeltbinding kan som nevnt være vanskelig å få til.

Siden subjektive opplevelser og utsagn knyttet til vulvodyn timer viktige i forhold til behandling og utfall må disse aspektene også regnes med i nye studier. Dette gjelder ikke bare i forskning knyttet til vulvodyn timer, men forskning av kroniske smertetilstander i sin helhet. Elkins et al. (2007) tok for seg 13 studier av hypnoterapi i behandling av ulike kroniske smerter, og fant at det er få studier utført på det området, ofte er det brukt studiedesign som anses som svake, og det er få deltakere med i studiene. Så selv om studiene viser lovende og gode resultater, må det underbygges med ytterligere studier. Subjektive data kan ikke ekskluderes, men samtidig regnes det som svak evidens sett i et naturvitenskapelig perspektiv. Så siden kvalitativ data er en essensiell del av helhetsbildet, burde det inkluderes som en utdypning som gir større forståelse av de kvantitative funnene. De kvalitative funnene kan føre til bedre forståelse og fargelegging av de kvantitative funnene, så i studiedesignet burde det også være rom for å samle inn slik data.

Så i videre forskning burde det anvendes et studiedesign som samler inn og arbeider med både kvalitative og kvantitative data, slik at det kan resultere i en solid studie av god kvalitet, hvor alle viktige momenter kan bli inkludert og vurdert, og at evidensen anses som sterk. Et studiedesign som kombinerer kvalitative og kvantitative tilnæringer kalles *mixed methods* (Polit & Beck, 2018, s. 213). Et slikt studiedesign kan minimalisere begrensningene tilnærmingene har hver for seg, fange kompleksiteten i fenomenene som studeres og tilrettelegge for validitet og solid forskningsbasert evidens (Polit & Beck, 2018, s. 214). Et passende *mixed methods* studiedesign for å undersøke hypnoterapi sin effekt på vulvodyn timer kan for eksempel være en randomisert kontrollert studie med intervju av deltakerne. Et slikt studiedesign vil kunne føre til funn som kan besvare mer komplekse forskningsspørsmål. De kvalitative og kvantitative dataene som blir innsamlet vil trolig kunne komplimentere hverandre og føre til bedre forståelse av fenomenet (Polit & Beck, 2018, s. 214). Det kan også være aktuelt å anvende et slikt studiedesign for å undersøke øvrige smertetilstander.

5.4 Styrker og svakheter ved denne studien

Denne litteraturstudien har både styrker og svakheter. Styrkene innebærer for det første at søket ble utført med profesjonell bistand fra en dyktig og erfaren bibliotekar. For det andre er det systematiske litteratursøket utført i etablerte og relevante databaser. Søket ble utført i databaseverten Ovid, og inkluderte søk i databasene EMBASE, MEDLINE og APA PsycInfo. Det dekker litteratur knyttet til biomedisin, medisin, helsefag, psykologiske emner, psykiatri, avhandlinger, bøker og bokkapiteler. Det ble søkt etter litteratur fra de siste 20 årene for å kunne finne nye og moderne studier. Søkefrasene og nøkkelordene anvendt i litteratursøket ble funnet og satt sammen ved bruk av søk i databaser for å finne adekvate synonymmer. Litteratursøket og søkemetodikken er tydelig beskrevet i denne oppgaven. Det er også utført et snowballsøk for å lete etter studier og litteratur som ikke ble funnet ved litteratursøket. Snowballsøket resulterte ikke i ytterligere funn, noe som kan indikere at litteratursøket som ble utført klarte å finne de aktuelle og relevante studiene som er publisert på området. GRADE, som er et valid og kjent kvalitetsvurderingssystem, er anvendt for å kvalitetsvurdere de inkluderte studiene i denne oppgaven.

Denne litteraturstudien har også flere begrensninger. For det første, ettersom ingen studier med randomisert kontrollert design ble identifisert, måtte vi stole på informasjon fra prospektive kohortstudier og kasusstudier. For det andre, var det bare fire publiserte studier ble inkludert i denne oversikten, og den totale utvalgsstørrelsen var relativt liten (N=73). For det tredje varierte frafallsraten i de inkluderte studiene fra 0 til 13,9 %. Dermed er utfallet ukjent siden noen av pasientene som falt ut av studiene kan ha hatt små positive eller negative endringer, mens andre kan ha følt at de var det fornøyd med behandlingen og hadde ikke behov for å delta lenger. For det fjerde var de inkluderte studiene heterogene med hensyn til rekruttering, inklusjonskriterier og måleinstrumenter. Som et resultat av denne heterogeniteten ble en metaanalyse av data ikke vurdert som relevant. For det femte ville et utvidet søk (mer enn de siste 20 år) gitt flere treff. Til sist, rapporteringsskjevhet (publication bias) kan føre til overrepresentasjon av studier som viser positive resultater av hypnoterapi på vulvodyni. Et utvidet søk i den grå litteraturen (for eksempel masteroppgaver, spesialistoppgaver og presentasjoner i vitenskapelige konferanser) ville muligens gitt flere treff.

6 Konklusjon

Dette systematiske litteratursøket viste at det var utført få studier hypnoterapi på vulvodyni og etter eksklusjon av artikler gjenstod det kun fire artikler som grunnlag for videre analyse. Ingen av de inkluderte artiklene var randomiserte kontrollerte studier og kvalitetsvurderingen viset at artiklene hadde lav vitenskapelig kvalitet og at de ikke ga grunnlag for bevis eller evidens for at hypnoterapi faktisk har effekt på vulvodyni. Alle artiklene hadde noen fellestrekk; for det første at de selv viste til at det forelå svak evidens, at de likevel konkluderte med at hypnoterapi kunne være en lovende terapiform for vulvodyni og at det var behov for ytterlig forskning.

Det kan være problematisk å sikre stringent forskningsmessig evidens på biopsykososiale plager fordi de ulike elementene av interagerer med hverandre og forsterkes gjensidig. Hypnoterapi er en terapiform som påvirker mentale prosesser, som igjen vil påvirke smerteopplevelse, fysisk livskvalitet og sosiale relasjoner. Effekten kan derfor være vanskelig å måle som grunnlag for statistikk. Det vil også være vanskelig, og kanskje også uetisk, å benytte placebo eller blinde/dobbeltblinde deltakere i en slik studie. Av den grunn er det trolig mest nyttig å gjøre nye studier i et mixed methods design, der man randomiserer deltakerne, benytter validerte måleinstrumenter og -metoder, samt gjør kvalitative intervjuer med deltakerne (og kanskje også partnere) før og etter intervensjon.

7 Referanseliste

- Al-Abbadey, M., Lioffi, C., Curran, N., Schoth, D. E. & Graham, C. A. (2016). Treatment of Female Sexual Pain Disorders: A Systematic Review. *J Sex Marital Ther*, 42(2), 99-142. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1053023>
- Al-Sughayir, M. A. (2005). Vaginismus treatment. Hypnotherapy versus behavior therapy. *Neurosciences (Riyadh, Saudi Arabia)*, 10(2), 163-167. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=22473231&site=ehost-live>
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Altbach, P. G. & de Wit, H. (2018, 7. september 2018). Too much academic research is being published. *University World News*. <https://www.universityworldnews.com/post.php?story=20180905095203579>
- Aslaksen, P. (2021, 31.12.2021). noceboeffekt. I *Store norske leksikon*, . <https://snl.no/noceboeffekt>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4th. utg.). Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Backman, H., Widenbrant, M., Bohm-Starke, N. & Dahlof, L. G. (2008). Combined physical and psychosexual therapy for provoked vestibulodynia - an evaluation of a multidisciplinary treatment model. *Journal of Sex Research*, 45(4), 378-385. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/00224490802398365>
- Berge, T. & Falkum, E. (2013). *Se mulighetene : arbeidsliv og psykisk helse*. Gyldendal akademisk.
- Boehm, K., Horneber, M. & CAM. (2016). Hypnotherapy. *Complementary and Alternative Medicine for Cancer* <https://cam-cancer.org/en/hypnotherapy>
- Bohm-Starke, N., Wilbe Ramsay, K., Lytsy, P., Nordgren, B., Sjöberg, I., Moberg, K. & Flink, I. (2022). Treatment of Provoked Vulvodynia: A Systematic Review. *Journal of Sexual Medicine*, 19(5), 789. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.02.008>
- Bondevik, H. (2018). Kunnskapsbasert medisin på norsk. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 138(14). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0524>
- 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. *Obstet Gynecol*, 127(4), 745-751. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001359>
- Bornstein, J., Preti, M., Simon, J. A., As-Sanie, S., Stockdale, C. K., Stein, A., Parish, S. J., Radici, G., Vieira-Baptista, P., Pukall, C., Moyal-Barracco, M. & Goldstein, A. (2019). Descriptors of Vulvodynia: A Multisocietal Definition Consensus (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, the International Society for the Study of Women Sexual Health, and the International Pelvic Pain Society). *J Low Genit Tract Dis*, 23(2), 161-163. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000461>
- Brauer, M., ter Kuile, M. M., Janssen, S. A. & Laan, E. (2007). The effect of pain-related fear on sexual arousal in women with superficial dyspareunia. *Eur J Pain*, 11(7), 788-798. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.12.006>
- Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (2009). *Mellom mennesker og samfunn : Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (Bd. 2). Gyldendal akademisk
- Butcher, S. & Ling, F. W. (2008). Sexual pain disorders: Both a psychogenic and biologic diagnosis. *Primary Psychiatry*, 15(9), 53-60. http://mbldownloads.com/0908PP_Butcher_CME.pdf
- Canadian Science Publishing. (2017, 7. januar 2017). *21st Century Science Overload*. <http://blog.cdnsiencepub.com/21st-century-science-overload/>
- Cherner, R. A. & Reissing, E. D. (2013). A Psychophysiological Investigation of Sexual Arousal in Women with Lifelong Vaginismus. *J Sex Med*, 10(5), 1291-1303. <https://doi.org/10.1111/jsm.12102>
- Chisari, C., Monajemi, M. B., Scott, W., Moss - Morris, R. & McCracken, L. M. (2021). Psychosocial factors associated with pain and sexual function in women with Vulvodynia: A systematic review. *Eur J Pain*, 25(1), 39-50. <https://doi.org/10.1002/ejp.1668>
- Cohen, S. P., Vase, L. & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*, 397(10289), 2082-2097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Desrochers, G., Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M.-J. & Jodoin, M. (2009). Fear Avoidance and Self-efficacy in Relation to Pain and Sexual Impairment in Women With

- Provoked Vestibulodynia. *Clin J Pain*, 25(6), 520-527.
<https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31819976e3>
- DNFK. (2014, 10.10.2014). *Helsinkideklarasjonen*.
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Egden, S. & Båtnes, P. I. (2012). *Flerkulturell forståelse i praksis* Gyldendal akademisk.
- Eide, G. & Kolb, H. (2015). Kultur og identitetsskapende prosesser IE. Ulland, A. B. Thorød & D. Ulland (Red.), *Psykisk helse : nye arenaer, aktører og tilnærminger*. Universitetsforlaget.
- Elkins, G., Jensen, M. P. & Patterson, D. R. (2007). Hypnotherapy for the Management of Chronic Pain. *Int J Clin Exp Hypn*, 55(3), 275-287.
<https://doi.org/10.1080/00207140701338621>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Falkum, E. (2008). Den biopsykososiale modellen: bør den formuleres på nytt i lys av nevrobiologisk og stressmedisinsk forskning? *Michael (Oslo)*.
- Folkehelseinstituttet. (2022). Vurdere inkluderte studier. Hentet 14.04.2023, fra
<https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka/framgangsmate/vurdere-inkluderte-studier/>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (2. utg.). Natur och kultur.
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*, (LOV-2006-06-30-56). Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/lov/2017-04-28-23>
- Forskningsetiske Komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. De nasjonale forskningsetiske komiteer.
- Fossestøl, B. (2013). Evidens og praktisk kunnskap. *Fellesorganisasjonen*.
- Friedrich, E. G. J. (1987). Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med*, 32(2), 110-114.
- Frischholz, E. J. (2015). Hypnosis, Hypnotizability, and Placebo. *Am J Clin Hypn*, 57(2), 165-174. <https://doi.org/10.1080/00029157.2015.967088>
- Fugl-Meyer, K. & Sandström, E. (2016). Samtalsbehandling vid sexuell dysfunksjon. I P. O. Lundberg & L. Löftgren-Mårtenson (Red.), *Sexologi* (3. utg.). Liber.

- Giorgi, F., Tramonti, F. & Fanali, A. (2020). A Biosemiotic Approach to the Biopsychosocial Understanding of Disease Adjustment. *Biosemiotics*, 13(3), 369-383.
<https://doi.org/10.1007/s12304-020-09394-9>
- Goldstein, A. T. & Burrows, L. (2007). Vulvodynia. *J Sex Med*, 5(1), 5-15.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00679.x>
- Gómez, I., Coronado, P. J., Martín, C. M., Alonso, R. & Guisasola-Campa, F. J. (2019). Study on the prevalence and factors associated to vulvodynia in Spain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 240, 121-124. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.06.005>
- Grimen, H. (2009). Debatten om evidensbasering – noen utfordringer. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* Abstrakt forlag.
- Gundersen, D. (2020, 01.04.2023). -dymi. I *Store Norske Leksikon*, . <https://snl.no/-dymi>
- Helgeland, H., Lindheim, M. Ø., Diseth, T. H. & Brodal, P. A. (2021). Klinisk hypnose – en revitalisering av legekunsten. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 141(7).
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0098>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. Departementenes servicesenter. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019-2020). *Meld. St. 7 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, . Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Helseforskningsloven. (2021). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*, (LOV-2020-12-04-133). H.-o. omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Haaland, V. Ø., Eriksen, M., Karlsen, K. E. & Ulland, D. (2015). Klassifisering av psykiske lidelser. I E. Ulland (Red.), *Psykisk helse : nye arenaer, aktører og tilnærminger* (s. 186-194). Universitetsforlaget.
- Haanen, H. C. M., Hoenderdos, H. T. W., Van Romunde, L. K. J., Hop, W. C. J., Mallee, C., Terwiel, J. P. & Hekster, G. B. (1991). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *J Rheumatol*, 18(1), 72-75.
- ICD-11. (2023). GA34.02 Vulvodynia. I *ICD-11*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1539507119>

- Jensen, M. & Patterson, D. R. (2006). Hypnotic treatment of chronic pain. *J Behav Med*, 29(1), 95-124. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9031-6>
- Jodoin, M., Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M. J., Desrochers, G. & Leclerc, B. (2008). Male Partners of Women with Provoked Vestibulodynia: Attributions for Pain and Their Implications for Dyadic Adjustment, Sexual Satisfaction, and Psychological Distress. *J Sex Med*, 5(12), 2862-2870. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00950.x>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Abstrakt.
- Kandyba, K. & Binik, Y. M. (2003). Hypnotherapy as a treatment for vulvar vestibulitis syndrome: A case report. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29(3), 237-242. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/00926230390155122>
- Kristiansen, F. S. (2020). Verdien av forventning. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 140(11), 1-3. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0402>
- Kristoffersen, N. J., Steindal, S. A. & Skaug, E.-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie 1 : fag og profesjon* (4. utgave. utg.). Gyldendal.
- Kaarbø, M. B., Danielsen, K. G., Haugstad, G. K., Helgesen, A. L. O. & Wojniusz, S. (2022). Feasibility and acceptability of somatocognitive therapy in the management of women with provoked localized vestibulodynia-ProLoVe feasibility study. *Pilot Feasibility Stud*, 8(1), 68-68. <https://doi.org/10.1186/s40814-022-01022-2>
- Langlois, P., Perrochon, A., David, R., Rainville, P., Wood, C., Vanhauzenhuyse, A., Pageaux, B., Ounajim, A., Lavallière, M., Debarnot, U., Luque-Moreno, C., Roulaud, M., Simoneau, M., Goudman, L., Moens, M., Rigoard, P. & Billot, M. (2022). Hypnosis to manage musculoskeletal and neuropathic chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*, 135, 104591-104591. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104591>
- Leusink, P., Steinmann, R., Makker, M., Lucassen, P. L., Teunissen, D., Lagro-Janssen, A. L. & Laan, E. T. (2019). Women's appraisal of the management of vulvodinia by their general practitioner: a qualitative study. *Fam Pract*, 36(6), 791-796. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz021>
- Martinsen, K. (2009). Evidens - begrensende eller opplysende? *Ergoterapeuten*.

- Meijden, W. I., Boffa, M. J., Harmsel, B., Kirtschig, G., Lewis, F., Moyal - Barracco, M., Tiplica, G. S. & Sherrard, J. (2022). 2021 European guideline for the management of vulval conditions. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 36(7), 952-972.
<https://doi.org/10.1111/jdv.18102>
- Melnik, T., Hawton, K. & McGuire, H. (2012). Interventions for vaginismus. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12, CD001760.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001760.pub2>
- Montgomery, G. H., Duhamel, K. N. & Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn*, 48(2), 138-153.
<https://doi.org/10.1080/00207140008410045>
- Morin, M., Carroll, M.-S. & Bergeron, S. (2017). Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Modalities in Women With Provoked Vestibulodynia. *Sex Med Rev*, 5(3), 295-322. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.02.003>
- Möllås, H. (2020). Psykoterapi ved seksuelle funksjons - problem hos kvinner. I L. Lindberg (Red.), *Sexologi for psykologer og psykoterapeuter*. Studentlitteratur.
- NESH. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*, .
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Nordbø, B. (2022). Isme. I *Store Norske Leksikon* <https://snl.no/-isme>
- Norsk gynekologisk forening. (2021). Veileder i gynekologi.
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/kroniske-smertetilstander-i-vulva/>
- Nortvedt, M. W., Graverholt, B., Jamtvedt, G. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse*. Gyldendal akademisk.
- NOU. (2023:5). *Den store forskjellen - Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. Helse- og omsorgsdepartementet & Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/no/pdfs/nou202320230005000dddpdfs.pdf>
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J.,

- Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P. & McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n160-n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Parris, B. A. (2016). The prefrontal cortex and suggestion: Hypnosis vs. Placebo effects. *Front Psychol*, 7, 415-415. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00415>
- Persson, M. (2021). *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang? : en praktisk guide*. Universitetsforlaget.
- Petersen, C. D., Lundvall, L., Kristensen, E. & Giraldi, A. (2008). Vulvodynia. Definition, diagnosis and treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 87(9), 893-901. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/00016340802323321>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of Nursing Research : Appraising evidence for nursing practice* (Bd. 9). Wolters Kluwer.
- Pripp, A. H. (2019). Placeboeffekten. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 139(15). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0432>
- Pripp, A. H. (2020). Hawthorne-effekten. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 140(14). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0395>
- Pukall, C., Kandyba, K., Amsel, R., Khalifé, S. & Binik, Y. (2007). Effectiveness of hypnosis for the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: A preliminary investigation. *J Sex Med*, 4(2), 417-425. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00425.x>
- Reed, B. D. M. D. M., Harlow, S. D. P., Sen, A. P., Legocki, L. J. P., Edwards, R. M. M. P. H., Arato, N. P. & Haefner, H. K. M. D. (2012). Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample. *Am J Obstet Gynecol*, 206(2), 170.e171-170.e179. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.08.012>
- Rosen, N. O., Dawson, S. J., Brooks, M. & Kellogg-Spadt, S. (2019). Treatment of Vulvodynia: Pharmacological and Non-Pharmacological Approaches. *Drugs*, 79(5), 483-493. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1007/s40265-019-01085-1>
- Ruyter, K. W. (2018). *Medisin og helsefag* <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/innforing/med-helse/>

- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *J Adv Nurs*, 47(1), 81-90.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>
- Schlaeger, J. M., Glayzer, J. E., Villegas-Downs, M., Li, H., Glayzer, E. J., He, Y., Takayama, M., Yajima, H., Takakura, N., Kobak, W. H. & McFarlin, B. L. (2022). Evaluation and Treatment of Vulvodynia: State of the Science. *Journal of Midwifery and Women's Health*. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/jmwh.13456>
- Schlaeger, J. M., Pauls, H. A., Powell-Roach, K. L., Thornton, P. D., Hartmann, D., Suarez, M. L., Kobak, W. H., Hughes, T. L., Steffen, A. D. & Patil, C. L. (2019). Vulvodynia, “A Really Great Torturer”: A Mixed Methods Pilot Study Examining Pain Experiences and Drug/Non-drug Pain Relief Strategies. *J Sex Med*, 16(8), 1255-1263.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.004>
- Schubert, C., Sulis, W., De La Torre-Luque, A. & Schiepek, G. K. (2023). Editorial: Biopsychosocial complexity research. *Front Psychiatry*, 14, 1157217.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1157217>
- Schünemann, H., Brožek, J., Guyatt, G. & Oxman, A. (2013). *GRADE Handbook*.
<https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>
- Spanos, N. P., Liddy, S. J., Scott, H., Garrard, C., Sine, J., Tirabasso, A. & Hayward, A. (1993). Hypnotic suggestion and placebo for the treatment of chronic headache in a university volunteer sample. *Cognitive Therapy and Research*, 17(2), 191-205.
<https://doi.org/10.1007/BF01172965>
- Stoltenberg, C. (2018). *Metodehåndbok: Slik oppsummerer vi forskning*. Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet.
- Sutton, A., Clowes, M., Preston, L. & Booth, A. (2019). Meeting the review family: exploring review types and associated information retrieval requirements. *Health Information & Libraries Journal*, 36(3), 202-222. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hir.12276>
- Svennevig, J. (2022). Kontekst. I K. Hagemann (Red.), *Store Norske Leksikon*
<https://snl.no/kontekst>
- Teigen, K. H. (2021). Holisme I *Store Norske Leksikon* <https://snl.no/holisme>
- Teigen, P. K., Hagemann, C. T., Fors, E. A., Stauri, E., Hoffmann, R. L. & Schei, B. (2023). Chronic vulvar pain in gynecological outpatients. *Scand J Pain*, 23(1), 97-103.
<https://doi.org/10.1515/sjpain-2021-0223>

- Torgerson, C. J. (2006). PUBLICATION BIAS: THE ACHILLES' HEEL OF SYSTEMATIC REVIEWS? *British journal of educational studies*, 54(1), 89-102.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8527.2006.00332.x>
- Torres-Cueco, R. & Nohales-Alfonso, F. (2021). Vulvodynia—it is time to accept a new understanding from a neurobiological perspective. *International journal of environmental research and public health*, 18(12), 6639.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18126639>
- Vandvik, I. H. (2012). Hypnose--underholdning eller behandling? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 132(23-24), 2586-2586. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1271>
- Vergnes, J.-N., Marchal-Sixou, C., Nabet, C., Maret, D. & Hamel, O. (2010). Ethics in systematic reviews. *Journal of Medical Ethics*, 36(12), 771-774.
<https://doi.org/10.1136/jme.2010.039941>
- Vieira-Baptista, P., Lima-Silva, J., Cavaco-Gomes, J. & Beires, J. (2014). Prevalence of vulvodynia and risk factors for the condition in Portugal. *Int J Gynaecol Obstet*, 127(3), 283-287. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.05.020>
- Vist, G. E., Sæterdal, I., Vandvik, P. O. & Flottorp, S. A. (2013). Gradering av kvaliteten på dokumentasjonen. *Norsk epidemiologi*, 23(2). <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1637>
- Vulvodyniforeningen. (2023). Vulvodyniforeningen. <https://www.vulvodyniforeningen.no/>
- Wesselmann, U., Bonham, A. & Foster, D. (2014). Vulvodynia: Current state of the biological science. *Pain*, 155(9), 1696-1701.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.05.010>
- Zulfikaroglu, E. (2020). Patient's characteristics and outcome of therapy in vaginismus: A single-center report of nine-year experience. *Sexual and Relationship Therapy*, No-Specified. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/14681994.2020.1722991> (Sexual & Marital Therapy)

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: GRADE-vurdering

8.1.1 Al-Sughayir (2005)

Studie	Beskrivelse						Studiekvalitet					
	Hensikt	Design	Antall deltakere	Metode	Utfallsmål	Måleinstrumenter	Risiko for systematisk skjevhet	Representativitet	Presisjon av resultater	Rapporterings-skjevheter	Anbefaling	Kommentar til anbefalingen
Al-Sughayir, 2005	Undersøke effekt av hypnoterapi på vaginisme sammenlignet med effekten av atferdsterapi. vulvasmerter.	Kvantitativ prospektiv kohortstudie.	36 kvinner med vaginisme, i alder mellom 17 og 40 år.	Inkluderte pasienter ble tilfeldig delt i to grupper, hvor den ene gruppen mottok behandling i form av hypnoseterapi, og den andre atferdsterapi. Timene varte i 45-60 minutter. En kvinnelig psykolog utførte individuelle og nøye evalueringer av kvinnene før og etter behandling. Kvinnene mottok behandling til de kunne gjennomføre tilfredsstillende seksuell penetrering.	Kvinnenes sex-relaterte angst, kvinnes seksuelle tilfredshet	Målt ved inklusjon og etter endt behandling. Brukt validerte instrumenter ^a . Timene varte i 45-60 minutter. En kvinnelig psykolog utførte individuelle og nøye evalueringer av kvinnene før og etter behandling. Kvinnene mottok behandling til de kunne gjennomføre tilfredsstillende seksuell penetrering.	Siden dette er case-studies vurderes denne som lav ^b . Studien har en kontrollgruppe. Kvinnene ble delt i gruppe på en "random basis" ^c .	36 kvinner, alle gift og fra Saudi Arabia. Alle gifte Saudi kvinner som ble henvist til den psykiatriske klinikken på King Abdul-Aziz University Hospital i Riyadh på grunn av vaginisme mellom desember 1999 til oktober 2003 ble rekrutert, og 36 oppnådde kriteriene for å delta. Ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene med tanke på sosiodemografiske og kliniske karakteristika. Hypnosen er systematisk gjennomført og godt beskrevet. Det var frafall av totalt fem kvinner (13,9%); tre fra atferdsterapi-gruppen og to fra hypnoseterapi-gruppen.	Godt beskrevet metode. Det er benyttet validerte målesverktøy. Tydelige presenterte resultater.	Både positive og negative funn er rapportert. Liten risiko for publikasjonsskjevhet. Deltakerne ble ikke vurdert om de var mottakelige for hypnose som behandling.	⊕⊖⊖⊖	Randomisert studie, ikke blindet. Ikke representativt utvalg. Ikke generaliserbart. Godt beskrevet metodisk.

a = Ble brukt 5-poeng Likert skala modifisert fra «Brief Index of Sexual Functioning for Women BISF-W» og fra «Brief Sexual Function Inventory BSFI» for å måle kvinnenes sex-relaterte angst, samt begge parerts seksuelle tilfredshet før og etter behandling. Wilcoxon test ble brukt for å vurdere før- og etter resultatene av behandlingen innenfor de to ulike gruppene. For å vurdere resultatene mellom gruppene brukte de Mann-Whitney testen.

b = Kasus-studier og case-studier som er observasjonsstudier som bare undersøker pasienter utsatt for behandlingen uten en kontrollgruppe blir vurdert som lav eller svært lav (Schünemann et al., 2013). Siden studien har en kontrollgruppe blir studiedesignet vurdert som lav.

c = I sammendraget står det at kvinnene ble delt i to grupper på tilfeldig basis, og videre i teksten står det at kvinnene ble delt i grupper etter den første konsultasjonen på "alternative basis". De har også med tabell for å presentere sosiodemografiske og kliniske karakteristika hos kvinnene før behandling. Ingen nærmere beskrivelse av fordelingsprosessen.

Masteroppgave – Sexologi, Våren 2023, Lotte Lilleeng

	Grade	High	Moderate	Low	Very low	Begrunnelse
Fem kriterier for nedgradering av kvaliteten på dokumentasjonen	Study limitations / Risk of Bias				X	Study design: Observasjonsstudie med kontrollgruppe. Lack of allocation concealment: Alle kvinnene som ble henvist til klinikken ble rekruttert, og totalt 36 oppfylte kriteriene. Lack of blinding: Ikke tydelig beskrevet hvordan kvinnene ble delt inn i grupper. Incomplete accounting of patients and outcome events: Drop-out rate på 13,9%, totalt 5 kvinner; tre fra atferdsterapi-gruppen og to fra hypnoseterapi-gruppen. Selective outcome reporting: Både positive og negative funn er rapportert. Liten risiko for publikasjonsskjevhet. Other limitations: Det fremkommer ikke om deltakerne ble vurdert for om de var mottakelige for hypnose som behandlingsform.
	Konsistens					Ikke relevant. Dette punktet innebærer å sjekke konsistens eller samsvar mellom studiene, men siden det er forskjell i pasientgruppe, geografisk beliggenhet, forskjellig fokus på sivilstatus og hva som blir målt (smerter, mulighet for samleie og lignende) kan det være feil å vurdere dette samlet. Jeg vil dog konkretisere at hypnose som behandling har vist tegn til forbedring i alle studiene.
	Direkthet			X		Differences in population (applicability): Snevert utvalg: 36 kvinner med vaginisme, alle gift, alle fikk behandling ved samme sykehus, fravær av andre organiske problemer. Differences in interventions (applicability): Tydelig beskrevet hypnosebehandling, sannsynligvis mulig å gjenta lignende. Differences in outcomes measures (surrogate outcomes): Det er benyttet validerte målesverktøy. Indirect Comparisons: Hypnose og atferdsterapi som behandlingsmetoder kan sammenlignes.
	Presisjon				X	Få caser, avgrenset populasjon. Grunnet lite utvalg og medfølgende stor usikkerhet knyttet til mulighet til å generalisere nedgraderes kvaliteten.
	Rapporteringskjevheter			X		Både positive og negative funn er rapportert. Liten risiko for publikasjonsskjevhet.
Tre kriterier for oppgradering av kvaliteten på dokumentasjonen	Sterke/ veldig sterke assosiasjoner /sammenhenger					De tre kriteriene for å oppgradere kvaliteten på dokumentasjonen skal kun brukes dersom det er funnet store begrensninger i grunnlaget for nedgradering av kvalitet på dokumentasjonen. Nedgradering av kvaliteten skal veie tyngre enn oppgradering av kvaliteten på dokumentasjonen.
	Store/veldig store dose-responseeffekter					
	Forvekslingsfaktorer					

8.1.2 Kandyba & Binik (2003)

Studie	Beskrivelse						Studiekvalitet					
	Hensikt	Design	Antall deltakere	Metode	Utfallsmål	Måleinstrumenter	Risiko for systematisk skjevhet	Representativitet	Presisjon av resultater?	Rapportering sskjevheter	Anbefaling	Kommentar til anbefalingen
Kandyba et al., 2003	Effekt av hypnoterapi på VVS.	Kvalitativ case report	1 kvinne, 26 år med VVS	Mottok 12 timer psykoterapi, hvorav 8 innebar hypnose. To oppfølgings-samtaler per telefon etter 2 og 12 måneder.	Smerter, angst og seksuell nytelse ved samleie	Ikke brukt noen måleinstrumenter. Kun egne opplevelser. Sammenlignet opplevelsene før behandling, og to og tolv måneder etter endt behandling.	Stor (case rapport), vurderes som svært lav ^a	Bare 1 pasient. Ikke nevnt rekrutteringsstrategi. Anvendt anbefalt hypnoseteknikk mot smerter, ikke tydelig beskrevet.	Presenterer forbedret tilstand på fokusområde ne. Ikke noe diskusjon.	Både positive og negative funn er rapportert. Liten risiko for publikasjonsskjevhet.	⊕⊖⊖⊖	Case-studie. Rekrutteringsprosessen er ukjent. Ikke generaliserbart. Ikke godt beskrevet metodisk.

a = Kasus-studier og case-studier som er observasjonsstudier som bare undersøker pasienter utsatt for behandlingen uten en kontrollgruppe blir vurdert som lav eller svært lav (Schünemann et al., 2013).

Masteroppgave – Sexologi, Våren 2023, Lotte Lilleeng

Grade	High	Moderate	Low	Very low	Begrunnelse
Studiekvalitet				X	Study design: Kvalitativ case report. Failure to develop and apply appropriate eligibility criteria (inclusion of control population): 1 kvinne, 26 år med VVS. Ikke nevnt rekrutteringsstrategi. Flawed measurement of both exposure and outcome: Kommer ikke frem om det er anvendt validerte måleverktøy. Failure to adequately control confounding: Det fremkommer ikke av rapporten om hun ble undersøkt for å utelukke eventuelle andre organiske problemer. Incomplete or inadequately short follow-up: Sammenlignet opplevelsene før behandling, og ved telefonintervju to og tolv måneder etter endt behandling.
Konsistens					Dette punktet innebærer å sjekke konsistens eller samsvar mellom studiene, men siden det er forskjell i pasientgruppe, geografisk beliggenhet, forskjellig fokus på sivilstatus og hva som blir målt (smerter, mulighet for samleie og lignende) kan det være feil å vurdere dette samlet. Jeg vil dog konkretisere at hypnose som behandling har vist tegn til forbedring i alle studiene.
Direkthet				X	Differences in population (applicability): Snevert utvalg: Kun en kvinne med VVS. Differences in interventions (applicability): Anvendt anbefalt hypnoseteknikk mot smerter, ikke tydelig beskrevet gjennomføring. Differences in outcomes measures (surrogate outcomes): Kun en kvinne, sammenlignet egne opplevelser før og etter behandling ved intervju. Indirect Comparisons: Sammenlignet med egen situasjon før behandlingen
Presisjon				X	Kun en kvinne. Grunnet avgrenset populasjonsutvalg og medfølgende stor usikkerhet knyttet til mulighet til å generalisere nedgraderes kvaliteten.
Rapporteringsskjvheter		X			Både positive og negative funn er rapportert. Liten risiko for publikasjonsskjvheter.
Sterke/ veldig sterke assosiasjoner /sammenhenger					De tre kriteriene for å oppgradere kvaliteten på dokumentasjonen skal kun brukes dersom det er funnet store begrensninger i grunnlaget for nedgradering av kvalitet på dokumentasjonen. Nedgradering av kvaliteten skal veie tyngre enn oppgradering av kvaliteten på dokumentasjonen.
Store/veldig store dose-responseeffekter					
Forvekslingsfaktorer					

8.1.3 Pukall et al. (2007)

	Beskrivelse					Studiekvalitet						
	Hensikt	Design	Antall deltakere	Metode	Utfallsmål	Måleinstrumenter	Risiko for systematisk skjevhet	Representativitet	Presisjon av resultater?	Rapportering sskjevheter	Anbefaling	Kommentar til anbefalingen
I. 2007	Effekt av hypnoterapi på vulvasmerter. Pilotstudie, oppfølging av en case-studie. Planlegger større studie på grunnlag av denne.	Kvantitativ prospektiv kohortstudie.	8 kvinner med VVS i alderen 19-36 år (M = 26, SD = 5.7). Ikke tidligere født barn.	Inkluderte pasienter mottok en 1,5 timers introdukjons samtale, etterfulgt av 6 ukentlige sesjoner á 1 time. Oppfølgings-samtale etter 1 og 6 måneder.	Smerter	Målt ved inklusjon og ved 1 og 6 måneders oppfølging: En rekke validerte instrumenter ^a og gynekologisk undersøkelse (cotton-swab palpation)	Siden dette er case-studies vurderes denne som svært lav ^b . Studien har ikke en kontrollgruppe ^c	Bare 8 pasienter som er rekruttert via media. Hypnosen er systematisk gjennomført og godt beskrevet.	Godt beskrevet metode. Det er benyttet validerte spørreskjemaer i tillegg til gynekologisk undersøkelser (bomullspinnetest)	Både positive og negative funn er rapportert. Liten risiko for publikasjonsskjevhet.	⊕⊖⊖⊖	Pilotstudie, ikke randomisert, ikke blindet. Deltakere er rekruttert via media. Ikke generaliserbart. Meget godt beskrevet metodisk.

a = The McGill Pain Questionnaire. The Pain Catastrophizing Scale. Pain VAS-scales. The Female Sexual Function Index. Brief Symptom Inventory. State and Trait subscales of the State-Trait Anxiety Inventory. Beck Depression Inventory-II

b og c= Kasus-studier og case-studier som er observasjonsstudier som bare undersøker pasienter utsatt for behandlingen uten en kontrollgruppe blir vurdert som lav eller svært lav (Schünemann et al., 2013).

Masteroppgave – Sexologi, Våren 2023, Lotte Lilleeng

	Grade	High	Moderate	Low	Very low	Begrunnelse	
Fem kriterier for nedgradering av kvaliteten på dokumentasjonen	Studiekvalitet				X	Study design: Kvantitativ prospektiv kohortstudie. Failure to develop and apply appropriate eligibility criteria (inclusion of control population): Kun 8 kvinner, alle født i Nord-Amerika. Flawed measurement of both exposure and outcome: De har anvendt en rekke validerte instrumenter og gynekologisk undersøkelse. Failure to adequately control confounding: Kvinnene ble undersøkt og hadde generell god helse, ikke tidligere født barn, innfridde studens kriterier og fikk ikke annen behandling enn hypnose under den aktuelle perioden. Incomplete or inadequately short follow-up: Målinger før, en måned etter og seks måneder etter behandling.	
	Konsistens						Dette punktet innebærer å sjekke konsistens eller samsvar mellom studiene, men siden det er forskjell i pasientgruppe, geografisk beliggenhet, forskjellig fokus på sivilstatus og hva som blir målt (smerter, mulighet for samleie og lignende) kan det være feil å vurdere dette samlet. Jeg vil dog konkretisere at hypnose som behandling har vist tegn til forbedring i alle studiene.
	Direkthet			X		Differences in population (applicability): Svært lite utvalg: 8 kvinner med VVS i alderen 19-36 år, inkludert gjennom lokal annonsering, alle født i Nord-Amerika, ikke tidligere født barn. Differences in interventions (applicability): Godt beskrevet metode. Differences in outcomes measures (surrogate outcomes): Det er benyttet validerte spørreskjemaer i tillegg til gynekologisk undersøkelser. Indirect Comparisons: Sammenlignet med egen tilstand før behandling.	
	Presisjon				X	Få caser, avgrenset populasjon. Grunnet lite utvalg og medfølgende stor usikkerhet knyttet til mulighet til å generalisere nedgraderes kvaliteten.	
	Rapporteringskjevheter			X		Både positive og negative funn er rapportert. Liten risiko for publikasjonsskjevhet.	
Tre kriterier for oppgradering av kvaliteten på dokumentasjonen	Sterke/ veldig sterke assosiasjoner /sammenhenger					De tre kriteriene for å oppgradere kvaliteten på dokumentasjonen skal kun brukes dersom det er funnet store begrensninger i grunnlaget for nedgradering av kvalitet på dokumentasjonen. Nedgradering av kvaliteten skal veie tyngre enn oppgradering av kvaliteten på dokumentasjonen.	
	Store/veldig store dose-responseeffekter						
	Forvekslingsfaktorer						

8.1.4 Zulfikaroglu (2020)

Studie	Beskrivelse						Studiekvalitet					
	Hensikt	Design	Antall deltakere	Metode	Utfallsmål	Måleinstrumenter	Risiko for systematisk skjevhet	Representativitet	Presisjon av resultater	Rapportering sskjevheter	Anbefaling	Kommentar til anbefalingen
Zulfikaroglu, 2020	Utforske ulike behandlinger for ulike alvorlighetsgrader av vaginisme og hvor mange behandlings-timer som trengs. Samt å undersøke ulike demografiske karakteristika ved pasienter med vaginisme.	Kvantitativ prospektiv kohortstudie	472 gifte kvinner med vaginisme i alderen 20-46 år (M = 28,2, SD = 5.2). Som ble behandlet på kvinnehelseklinikken i Ankara, Tyrkia, mellom juni 2012 og juni 2019. Ikke kvinner som hadde patologiske eller anatomiske problemer, eller som hadde gjennomgått kirurgiske eller medikamentelle behandlinger for dette. Gynekologisk undersøkelse utelukket også andre organiske problemer.	Det ble utført intervjuer med aktuelle pasienter, gynekologiske undersøkelser før, etter og tre måneder etter behandling. Pasientene mottok mellom 1 og 5 behandlinger, med varighet mellom 1-3 timer per behandling.	Smertes, mulighet for samleie	Intervjuet ble utført av to personer med samme standardiserte, uvaliderte spørreskjemaet. Anvendte Lamont classification system for å avgjøre alvorlighetsgraden ved den gynekologiske undersøkelsen. Behandlingen de mottok ble avgjort av alvorlighetsgraden ^a . SPSS versjon 17,0 ble brukt til dataanalysen.	Siden dette er case-studies vurderes denne som svært lav ^b . Studien har ikke en kontrollgruppe ^c	472 pasienter fra samme klinikk. Behandlings-opplegget er utført likt på de ulike pasientene med samme alvorlighetsgrad.	Godt beskrevet metode. Det er ikke benyttet validerte spørreskjemaer. Lamont classification system for å avgjøre alvorlighetsgraden ved den gynekologiske undersøkelsen, SPSS versjon 17,0 ble brukt til dataanalysen. Uvisst om det er brukt andre validerte måleverktøy. Alle kvinnene kunne gjennomføre samleie etter behandling og tre måneder etter behandling	Både positive og negative funn er rapportert. Liten risiko for publikasjonsskjevhet.	⊕⊖⊖⊖	Ikke randomisert, ikke blindet. Ikke generaliserbart. Studien er utført i tråd med retningslinjene fra Helsinki deklarasjonen, og innhetet samtykke fra alle deltakerne. Ingen rapporterte potensielle conflict of interest.

a = Deltakerne med alvorlighetsgrad 1, 2 eller 3 mottok kognitiv terapi og atferdsterapi. Deltakerne med alvorlighetsgrad 4 mottok først medisinsk hypnoseterapi, deretter kognitiv terapi og atferdsterapi. Videre fikk de innføring i underlivets anatomi og funksjoner, så fikk de opplæring i systematisk desensivering og dilatorteknikker, ekstern genital massasje, Kegel øvelser, og innføring av fingre og dilatorer i vagina (med pusteteknikker og lubrikanter). Det var fire ulike størrelser på dilatorne, og når pasienten kunne føre inn den største dilatoren fikk pasienten og ekfetellen informasjon om seksuell samleie (informasjon om egnede stillinger ble vist med undervisningsfilmer og modeller av underlivet), før de kunne gjennomføre samleie.

b og c = Kasus-studier og case-studier som er observasjonsstudier som bare undersøker pasienter utsatt for behandlingen uten en kontrollgruppe blir vurdert som lav eller svært lav (Schünemann et al., 2013).

Masteroppgave – Sexologi, Våren 2023, Lotte Lilleeng

	Grade	High	Moderate	Low	Very low	Begrunnelse
Fem kriterier for nedgradering av kvaliteten på dokumentasjonen	Studiekvalitet			X		<p>Study design: Kvantitativ prospektiv kohortstudie. Failure to develop and apply appropriate eligibility criteria (inclusion of control population): 472 gifte kvinner med vaginisme, ble behandlet på kvinnehelseklinikken i Ankara, Tyrkia, mellom juni 2012 og juni 2019. Ikke kvinner som hadde patologiske eller anatomiske problemer, eller som hadde gjennomgått kirurgiske eller medikamentelle behandlinger for dette. Flawed measurement of both exposure and outcome: Det er ikke benyttet validerte spørreskjemaer. Uvisst om det er brukt andre validerte måleverktøy. Failure to adequately control confounding: Kvinnene (og deres ektefeller) ble spurt om flere momenter, og kvinnene undergikk gynekologisk undersøkelse som konstanterte alvorlighetsgraden og eventuelt andre organiske problemer. Stor mulighet for at utenforliggende momenter som ikke har blitt kontrollert kan ha påvirket resultatet. Incomplete or inadequately short follow-up: Målinger før, rett etter og en tre måneder etter behandling.</p>
	Konsistens	Dette punktet innebærer å sjekke konsistens eller samsvar mellom studiene, men siden det er forskjell i pasientgruppe, geografisk beliggenhet, forskjellig fokus på sivilstatus og hva som blir målt (smerter, mulighet for samleie og lignende) kan det være feil å vurdere dette samlet. Jeg vil dog konkretisere at hypnose som behandling har vist tegn til forbedring i alle studiene.				
	Direkthet			X		<p>Differences in population (applicability): Snevert utvalg: 472 gifte kvinner med vaginisme i alderen 20-46 år, ble behandlet på kvinnehelseklinikken i Ankara, Tyrkia, mellom juni 2012 og juni 2019. Kvinnene hadde ikke patologiske eller anatomiske problemer, eller gjennomgått kirurgiske eller medikamentelle behandlinger for dette. Differences in interventions (applicability): Kun kvinner med vaginisme grad fire hadde hypnoseterapi som en del av behandlingen. Differences in outcomes measures (surrogate outcomes): Spørreskjemaet som ble brukt var standardisert og uvalidert. Usikkert om de andre måleverktøyene var valide; Anvendte Lamont classification system for å avgjøre alvorlighetsgraden, og SPSS versjon 17,0 ble brukt til dataanalysen. Indirect Comparisons: Sammenlignet med egen situasjon før behandlingen</p>
	Presisjon			X		Godt antall caser, avgrenset populasjon. Grunnet avgrenset populasjonsutvalg og medfølgende stor usikkerhet knyttet til mulighet til å generalisere nedgraderes kvaliteten.
	Rapporteringskjevheter			X		Både positive og negative funn er rapportert. Liten risiko for publikasjonsskjevhet.
Tre kriterier for oppgradering av kvaliteten på dokumentasjonen	Sterke/ veldig sterke assosiasjoner /sammenhenger	De tre kriteriene for å oppgradere kvaliteten på dokumentasjonen skal kun brukes dersom det er funnet store begrensninger i grunnlaget for nedgradering av kvalitet på dokumentasjonen. Nedgradering av kvaliteten skal veie tyngre enn oppgradering av kvaliteten på dokumentasjonen.				
Store/veldig store dose-responseeffekter						
Forvekslingsfaktorer						