

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2011:64

Tonåringars svåra menstruationssmärtor
kopplat till sjukdomen endometrios
Sex barnmorskors reflektioner

Mona Lundahl & Camilla Ylander



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Tonåringars svåra menstruationssmärter kopplat till sjukdomen endometrios Sex barnmorskors reflektioner
Författare:	Mona Lundahl & Camilla Ylander
Ämne:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Barnmorskeprogrammet, 90 poäng
Handledare:	Marianne Johansson
Examinator:	Britt-Marie Halldén

Sammanfattning

Idag tar det 5-10 år att få diagnosen endometrios. Det vanligaste symtomet på endometrios är svåra menstruationssmärter vilket kvinnor oftast lidit av sedan tonåren. Tonåringar som har problem med svåra menstruationssmärter söker sig oftast till ungdomsmottagningen där de träffar en barnmorska. Syftet med studien är att undersöka barnmorskors reflektioner kring tonåringars svåra menstruationssmärter kopplat till endometrios. En kvalitativ ansats valdes där sex barnmorskor intervjuades. Barnmorskorna hade arbetat i genomsnitt tolv år på ungdomsmottagning. Intervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats, vilket resulterade i tio subkategorier och fyra kategorier. Dessa kategorier var attityder till svår menstruationssmärta, tonåringens livskvalité, kunskapen om endometrios och klara riktlinjer. Resultatet visade att barnmorskorna reflekterade över att symtomet menstruationssmärter idag normaliseras och ignoreras av tonåringen och barnmorskorna själva. Samtidigt menar barnmorskorna att svåra menstruationssmärter försämrar tonåringens livskvalité genom onödigt lidande. Reflektionen över endometrios fanns, men åsikterna skilde sig åt hur problematiken om tonåringars svåra menstruationssmärter hanterades. Dessa skilda åsikter visar att kunskapen om endometrios hos tonåringar brister hos barnmorskorna. Alla barnmorskor reflekterade över att en specialistutbildad gynekolog saknas på ungdomsmottagningen och att riktlinjer behövdes för hanläggningen av svåra menstruationssmärter. Studien kan bidra till ökad insikt hos barnmorskorna angående att tonåringars svåra menstruationssmärter kan bero på sjukdomen endometrios, trots tonåringars ringa ålder. Studien kan även användas som diskussionsunderlag ute på ungdomsmottagningar och som stöd för att diskutera riktlinjer för handläggning av svåra menstruationssmärter.

Nyckelord: *Endometrios, svåra menstruationssmärter, tonåringar, ungdomsmottagningen, riktlinjer, livskvalité, barnmorska*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Barnmorskans ansvar vid sexuell och reproduktiv hälsa	1
Ungdomsmottagningen	1
Dysmenorré	2
Vad är endometriosis?	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	5
METOD	5
Urval	5
Datainsamling	6
Dataanalys	6
Forskningsetiska överväganden	7
RESULTAT	7
Attityder till svår menstruationssmärta	8
Normalisera	8
Ignorera	8
Tonåringens livskvalité	9
Tonåringen lider varje månad	9
Barnmorskans metoder att minska tonåringars lidande	9
Tonåringen behöver mer kunskap	10
Kunskapen om endometriosis	10
Den bortglömda sjukdomen	11
Den uppmärksammade sjukdomen	11
Klara riktlinjer	11
Nuvarande bedömningsunderlag	12
Kontakten med läkare	12
Behov av bättre instrument	13
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	15
Attityder till svår menstruationssmärta	15
Tonåringens livskvalité	16
Kunskapen om endometriosis	18
Klarare och bättre riktlinjer	19
Slutsats	20
REFERENSER	22
Bilaga 1	26
Bilaga 2	28
Bilaga 3	29
Bilaga 4	30

INLEDNING

När tonåringen söker för svåra menstruationssmärter tar det lång tid att få rätt hjälp. Två studier visar att många kvinnor med endometrios haft svåra menstruationssmärter redan under tonårstiden och att det tar 5-10 år att få diagnos (Huntington, Gilmour & Wilson, 2008; Huntington & Gilmour, 2005).

Vi som barnmorskestudenter började fundera på vad barnmorskor reflekterar över när tonåringen kommer till ungdomsmottagningen med dysmenorré. Reflekterar de över att svåra menstruationssmärter kan bero på endometrios? Varför tar det så lång tid att få diagnosen endometrios?

BAKGRUND

Barnmorskans ansvar vid sexuell och reproduktiv hälsa

Enligt World Health Organization (WHO) definieras sexuell och reproduktiv hälsa som ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet under alla steg i livet. Det är inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Vården har som mål att ge en god sexuell och reproduktiv hälsa och välbefinnande (WHO, 2008).

Enligt Socialstyrelsen (2006) ingår det i barnmorskans kompetensområde att försöka förebygga ohälsa. Sexuell och reproduktiv ohälsa kan förebyggas genom god information och rådgivning. Då barnmorskan upptäcker att kvinnans behov av vård överskrider hennes kompetens är det, enligt den internationella etiska koden (1999), barnmorskans ansvar att konsultera och remittera till andra hälsoprofessioner. Det är viktigt att barnmorskor är lyhörda för kvinnors psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov. För att kunna vara lyhörd är det barnmorskans ansvar att utveckla sin kunskap genom hela sitt yrkesliv och använda detta i sitt arbete.

Ungdomsmottagningen

Ungdomsmottagningen tar emot tonåringar i åldern 12-25. Beroende på var i landet tonåringen bor kan detta se olika ut (www.umo.se) Målen med ungdomsmottagning är att förebygga fysisk och psykisk ohälsa, stärka tonåringarna i att hantera sexualitet, respektera sig själva och sin omgivning, förebygga oönskade graviditeter och sexuella överförbara infektioner (STI). Grunden är att bevara och framhålla det friska. På en ungdomsmottagning arbetar barnmorskor tillsammans med andra professioner såsom kuratorer/socionomer/psykologer och läkare. Dessa professioners samarbete resulterar i en större förmåga att se tonåringen som en helhet (Krabbe, 2005).

När en tonåring söker till en ungdomsmottagning är de vanligaste orsakerna rådgivning angående preventivmedel och STI. För tonårstjejer är en annan vanlig orsak oregelbunden mens och smärtsamma menstruationer, det vill säga dysmenorré (Marions, 2010).

Det första steget för en barnmorska, när en tonårstjej söker för dysmenorré, är att uppta en noggrann anamnes. En anamnes ska innehålla åldern för menarche, det vill säga

första menstruationen. Vidare skall anamnesen innehålla information angående tonåringens menstruationscykel, om menstruationen är riklig och hur smärtanamnesen ser ut hos tonåringen. Det är även viktigt att diskutera sexuella vanor, läkemedelsanvändning, medicinsk historia, ärftlighet och livsstilsvanor såsom träning och nutritionsvanor (McEvoy, Chang & Coupey, 2004). Anamnesen är viktig för ställningstagande till behandling av dysmenorré (Odlind, 2004). I studien av Gilmour et al. (2008) framkom vikten av att barnmorskan belyser hela tonåringens symtombild och snabbt remitterar vidare till gynekolog för att få rätt diagnos. För att kunna få fram denna symtombild, menar Gilmour et al. (2008), måste barnmorskan ha mycket tid och kunskap inom detta område. Det har visat sig i ett flertal studier att kvinnor med dysmenorré sedan tonåren först remitteras till en allmänläkare och långt senare fick diagnosen endometriosis av en gynekolog. Det framgick att allmänläkarna inte hade tillräcklig kunskap om symtomen och den eventuella orsaken bakom. Oftast blev kvinnorna behandlade för andra sjukdomstillstånd, exempelvis colon irritable (Denny, 2003; Huntington & Gilmour, 2005). Ju tidigare kvinnan med dysmenorré kom till en gynekolog desto snabbare kunde rätt diagnos ställas (Huntington & Gilmour, 2005).

Dysmenorré

Dysmenorré debuterar oftast inte förrän några år efter menarche. Detta hänger samman med att menstruationscykeln efter hand blir mer regelbunden (Odlind, 2004). Orsaken till menstruationssmärter beror på att prostaglandiner, som bildas i slemhinnan, kommer ut i stor mängd till livmodern under menstruationen. Prostaglandinerna förorsakar ett långvarigt kramptillstånd i livmodermuskulaturen och stryper blodcirkulationen med ischemiliknande smärter som följd (Rådestad, 2010).

Dysmenorré delas in i primär och sekundär. Med primär dysmenorré menas smärtsamma menstruationer hos en kvinna med regelbunden ägglossning och där inget patologiskt misstänks i lilla bäckenet. Vid den primära dysmenorrén börjar symtomen redan i tonåren när menstruationscykeln blir mer regelbunden. Primär dysmenorré hos tonåringar karaktäriseras vanligen som mild till måttlig och kan dämpas med analgetika. Smärtan påverkar inte de dagliga aktiviteterna. Tonåringen har låg frånvaro i skolan och symtomen är hanterbara. Detta leder till att de inte är i så stort behov av vidare behandling än med analgetika (Parker, Sneddon & Arbon, 2009). Men primär dysmenorré hos tonåringar kan även karaktäriseras som måttlig till svår. När tonåringen upplever svår menstruationssmärta uppstår krampliknande smärter i nedre delen av buken som strålar ut mot korsryggen och insidan av låren (Rådestad, 2010). Vidare karaktäriseras svår menstruationssmärta av att analgetika eller p-piller inte har någon lindrande effekt (Stavroulis, Saridogan, Creighton & Cutner, 2005).

Sekundär dysmenorré börjar oftast senare i livet (Rådestad, 2010). Denna beror på orsaker som till exempel missbildningar i genitalia eller endometriosis (Marions, 2010). Den sekundära dysmenorrén ger mer utdragna smärter (Lundström-Lindstedt & Ruusuvaara, 1999).

En primär dysmenorré kan övergå till en sekundär form och kan då vara svår att uppmärksamma (Lundström-Lindstedt & Ruusuvaara, 1999). Flera studier har visat att dysmenorré är det symptom som kvinnor oftast upplever innan endometriosis

diagnostiseras (Stavroulis et al., 2005; Arruda, Petta, Abrao & Benetti-Pinto, 2003; Huntington & Gilmour, 2005). Stavroulis et al. (2005) menar dessutom att kvinnornas endometrios utvecklats redan under tonåren.

Svår menstruationssmärta försämrar ofta livskvalitén hos tonåringen. Smärtan kan även orsaka stor frånvaro i skolan och kan påverka betygen. Då den äldre tonåringen studerar på gymnasium eller högskola kan smärtan resultera i oförmåga att fullfölja studierna (Parker et al., 2009; Gilmour et al., 2008). Smärtan leder även till att tonåringen inte kan vara med på de dagliga aktiviteterna och känslan av att förlora relationen med sina vänner ökar. Svår dysmenorré kan även påverka samlivet med en eventuell partner. Många upplever att menstruationssmärorna inte tas på allvar och normaliseras av omgivningen. Deras smärtor behandlas mer som psykologiskt betingat än som ett patologiskt tillstånd (Denny, 2003; Gilmour et al., 2008). Svår dysmenorré kan leda till symtom som håglöshet, trötthet, depression, irritabilitet, sömnproblem och koncentrationssvårigheter med mera (Agarwal & Agarwal, 2010; Tripoli et al., 2010).

Redan under 1700-talet beskrevs smärtan som *"In it's worst stages, this disease affects the well-being of the female patient totally and adversely, her whole spirit is broken, and yet she lives in fear of still more symptoms such as further pain, the loss of consciousness and convulsions"*. Det kan jämföras med dagens patientgrupp med endometrios (Bruse, 2008).

Vad är endometrios?

Endometrios har länge kallats för den "glömda sjukdomen" (Bruse, 2008). Sjukdomen har identifierats sedan 1920-talet och har varit under diskussion det senaste årtiondet (Brosens & Benogiono, 2010). Enligt tjugotalets tankesätt skulle endometrios kunna bero på det moderna, industrialiserade samhället och miljögifter. Vidare spekulerades det i om kvinnans val att senarelägga barnafödandet skulle gynna uppkomsten av endometrios. Idag finns det belegg på att endometrios fanns i Europa för mer än 300 år sedan och det var då ovanligt att kvinnan hade få graviditeter och födde barn sent i livet. Troligtvis har sjukdomen funnits längre än så eftersom arkeologer funnit gamla egyptiska papyrusrullar från 1600 f Kr som beskriver svår dysmenorré (Bruse, 2008).

Definitionen för endometrios är "En sjukdom i livmodern vars vävnad från insidan av livmodern implanteras i buken" (Halis, Mechsner & Ebert, 2010). Enligt Bergqvist (2010) är endometrios en vanlig inflammatorisk och kronisk sjukdom. Majoriteten av kvinnorna med diagnosen endometrios, har haft symtom i mer än tio år innan diagnos ställs och 38 % av kvinnorna har fått sina menstruationssmärta före femton års ålder. Vidare menar författaren att endometrios ännu betecknas som ett mysterium men aktuell forskning visar starka indikationer på att sjukdomen kan vara ärftlig. Vidare skrivs att rikliga, långvariga menstruationer och sen graviditetsdebut kan vara eventuella orsaker till endometrios.

Endometrios uppstår när celler från livmoderslemhinnan följer med menstruationen ut i bäckenhålan genom bland annat äggledarna (Bergqvist, 2010). Detta kallas retrograd menstruation. Cellerna implanteras därefter utanpå livmodern. Kvinnan blöder samtidigt ur livmoderhalsen (Halis et al., 2010). Alla kvinnor med öppna äggledare har detta

backflöde av menstruationsblod. Kvinnor med endometrios har omvända kontraktionsvågor som kan resultera i att blodet lättare trycks ut genom äggledarna. Vanligtvis bryter kroppens immunförsvar ner endometriecellerna genom att leukocyter strömmar till. Detta immunförsvar finns inte hos alla kvinnor och cellerna lämnas intakta (Bergqvist, 2010). Oftast fastnar de i lilla bäckenet, mellan urinblåsa, livmoder och tarm (Rådestad, 2009). När endometrios växer blir kroppens försvar att kapsla in endometriecellerna i bindväv, så kallad fibros. Sjukdomen svarar med att växa inåt och förstöra vävnaden som den implanterats i. Kvinnan får således kontinuerliga smärtor som intensifieras vid varje menstruation. Vid svår endometrios har inflammationen orsakat ärrbildningar, olika organ har förstörts och sammanväxningar har skett. Det kan gå så långt som till att alla bäckenorgan växt ihop till en stor fibroskaka (Bergqvist, 2010).

Endometrios kan leda till andra sjukdomar. Enligt studien av Melin, Sparén, Persson och Bergqvist (2006) är risken större att drabbas av olika former av cancer, framförallt äggstockscancer. Endometrios kan även leda till infertilitet och cirka 40-60% av kvinnorna i fertil ålder har svårt att bli gravida. Av alla infertila kvinnor beror ungefär 25-40% på endometrios (Bergqvist, 2010).

Vid endometrios kan olika symtom identifieras. Ett symtom är djupa samlagssmärter (dysparenu) där tonåringen kan uppleva sådan intensiv smärta att samlag är omöjlig att genomföra. Samlagssmärterna kan förekomma i ett tidigt skede av sjukdomen. Det vanligaste symtomet vid endometrios är svår menstruationssmärta (Blomberg, 2008). Vid menstruation sker en akut inflammation och kvinnan får kraftiga smärtor i sitt underliv (Bergqvist, 2010). Ballard, Lane, Hudelist, Banerjee och Whright (2010) beskrev tre olika menstruationssmärter som var typiska och mer förekommande vid endometrios. Det var en bultande och gnagande smärta som strålade ut mot ben och rygg. Detta medförde att de ibland hade svårt att stå, gå eller sitta. Kvinnorna beskrev även en molande värk och en skarp, stickande känsla. Likande symtom var detsamma som för en kvinna med ”normal” menstruationssmärta. Likheter fanns även i Deal, DiBenedetti, Williams och Fehnels (2010) studie där smärtan delades in i skov- och kontinuerlig endometriossmärta. Då smärtan kom i skov beskrevs den som skarpt huggande. Den kontinuerliga smärtan mer var molande eller/och längre ihållande smärta. Med tiden kan smärtorna bli mer långdragna och starta redan vid ägglossning (Bergqvist, 2010). Smärtan kan även resultera i huvudvärk, illamående, kräkningar och diarré (Rådestad, 2010).

Idag lever cirka 200 000 kvinnor med endometrios i Sverige och uppskattningsvis har minst 10 % av tonåringarna denna sjukdom. Ungefär 90 miljoner kvinnor i världen har endometrios vilket eventuellt innebär att detta tillstånd är vanligare än cancer och humant immunbristvirus (HIV) (Blomberg, 2008).

PROBLEMFÖRMULERING

Uppskattningsvis har 10 % av alla ungdomar endometrios. Dysmenorré är ett vanligt symtom på sjukdomen och kan börja redan efter menarche och tonåringen söker sig

oftast till ungdomsmottagningen där första kontakten är en barnmorska. Trots att dysmenorrén debuterar tidigt och tonåringen får råd och behandling för detta, tar det många år att få diagnosen endometriosis. Reflekterar barnmorskor över endometriosis då tonåringen söker sig till ungdomsmottagningen för sin dysmenorré och på vilket sätt försöker barnmorskorna hjälpa tonåringarna med svår menstruationssmärta? Varför tar det så lång tid att få diagnosen? En försenad utredning kan leda till ett onödigt lidande med senare komplikationer i livet. Därför vore det av vikt att utreda tonåringar tidigare.

SYFTE

Syftet är att undersöka barnmorskors reflektioner kring tonåringars svåra menstruationssmärter kopplat till endometriosis.

METOD

För att kunna beskriva barnmorskors reflektioner kring tonåringars svåra menstruationssmärter har kvalitativ metod använts. Med kvalitativ forskningsmetod är det unika att forskaren ser "sanningen" i betraktarens ögon, ett så kallat livsvärldsperspektiv. Livsvärldsperspektivet innebär att barnmorskorna berättar utifrån sina egna upplevelser och erfarenheter direkt ifrån sin vardagsvärld (Kvale & Brinkmann, 2009). En induktiv ansats har valts, vilket innebär att fakta från problemområdet samlats in för att därefter försöka finna en ny kunskap inom området (Forsberg & Wengström, 2003; Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Utifrån studiens syfte har kvalitativ forskningsintervju använts. Detta innebär att barnmorskorna fritt berättat om sina reflektioner kring tonåringars svåra menstruationssmärter kopplat till endometriosis (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Genom medvetenhet kan forskaren fokusera på intervjupersonernas berättelser och tänkande (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

En kvalitativ innehållsanalys har använts. Genom att analysera och tolka intervjutexterna, som är baserade på barnmorskors egna reflektioner inom det belysta området, innebär det att försöka identifiera skillnader och likheter av datainsamlingen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Det är även viktigt att författarna är medvetna om sin förförståelse och söker tygla dessa (Dahlberg et al., 2003). Förförståelse innebär den kunskap som redan finns och som används för att tolka innehållet (Hartman, 2004).

Urval

Skriftligt informationsbrev angående studiens syfte och anhållande om tillstånd skickades i början av augusti 2011 till två verksamhetschefer i Västsverige (bilaga 1). Av dessa två verksamhetschefer erhöles tillstånd från en. Verksamhetschefen skickade ut ett förfrågningsmejl med skriftligt informationsbrev till nio stycken barnmorskor på ungdomsmottagningar (bilaga 2). Strax innan intervjuens början fick informanterna muntlig information om studiens syfte samt fick lämna ett skriftligt medgivande att delta i studien. Inklusionskriterierna, för deltagarna i studien, var att ha arbetat i mer än

ett år som barnmorska på en ungdomsmottagning. De barnmorskor som gav sitt samtycke till deltagande kontaktades av författarna via mail eller telefon där tid och plats bestämdes.

Då många barnmorskor inte svarade på mailet fick författarna ihop fem informanter. Detta innebar att ännu ett informationsbrev skickades i slutet av augusti 2011 till en ny verksamhetschef inom ett annat landsting som gav sitt tillstånd till studien. Där tillfrågades tio stycken barnmorskor. En barnmorska ville delta och sammanlagt blev det sex informanter. Totalt har nitton barnmorskor tillfrågats varav tretton inte svarade på mailet.

De sex barnmorskor som valde att delta var mellan 43-63 år. Den sammanlagda arbetslivserfarenheten, på de barnmorskor som intervjuades på ungdomsmottagningarna, var i genomsnitt 12 år. Flera av dessa har arbetat längre som barnmorskor men inte enbart på ungdomsmottagning. En av deltagarna var en manlig barnmorska.

Datainsamling

Intervjuerna gjordes på arbetsplatsen under informanternas arbetstid. Författarna utförde alla intervjuer tillsammans, efter att ha tillfrågat barnmorskorna innan. Intervjuerna varade mellan 20-40 minuter och spelades in med bandspelare. Intervjun började med en öppen fråga ” Hur reflekterar du som barnmorska över tonåringars svåra menstruationssmärta?” Följdfrågor ställdes efter hand såsom ”Kan du berätta mer”, ”Kan du ge exempel på”, ”När du säger... Hur menar du då?”. Kompletterande fråga ställdes såsom ”enligt många studier visar det sig att det tar mellan 5-10 år innan diagnosen endometriosis ställs. Har du några funderingar kring det?” Anledningen till att denna fråga inte ställdes från början var för att författarna ville undersöka om barnmorskorna reflekterade själva över diagnosen endometriosis. Om de själv nämnde endometriosis ställde författarna följdfrågor såsom ”Hur funderar du kring detta”, ”Kan du utveckla”, ”Varför tror du att det tar så lång tid”. Två pilotintervjuer utfördes innan studiens start, vilka dock ingick i studien.

Dataanalys

Utgångspunkten för att analysera intervjuerna hämtades från Lundmans och Hällgren Graneheims (2008) modell. Den kvalitativa innehållsanalysen lägger fokus på att beskriva variationer i intervjutexterna för att identifiera skillnader och likheter. Sedan söker författarna olika kategorier i texten. Tolkning av texterna förutsätter att det finns kunskap om dess sammanhang i vilket studien genomförs. Inom kvalitativ innehållsanalys är det även viktigt att visa trovärdigheten av studiens resultat. Tre begrepp används för att spegla trovärdigheten och dessa är giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Intervjuerna spelades in på band och transkriberades därefter. Transkribering innebär att intervjuerna skrivs ut ordagrant på papper och utskriften kontrollerades mot det

inspelade intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2009). Sedan lästes textmassan (studiens analysenhet) igenom vid upprepade tillfällen av båda författarna. Detta för att få en helhetsbild och en fördjupning av texten. Därefter gavs reflektioner och tankar av materialets innehåll (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Sedan identifierades meningsenheter av textmassan mot syftet. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) kan en meningsenhet utgöras av ord, meningar och stycken av text. Därefter kondenserades och abstraherades texten. Med kondensering kortas texten ned för att bli mer lätthanterlig. Därefter benämndes detta med en kod. En kod är en etikett som kortfattat beskriver dess innehåll av meningsenheten. Koderna jämfördes med varandra och likheter och skillnader kunde urskiljas. Dessa blev sedan till olika subkategorier som sammanfördes till kategorier (bilaga 3). Kategorier består av flera koder med liknande innehåll. En kategori svarar på frågan ”VAD”? Resultatet sammanställdes utifrån kategorierna. Författarna gjorde ett uppehåll i analysprocessen för att kunna se materialet ur en annan synvinkel. Lundman och Hällgren Graneheim (2008) påpekar att ett uppehåll i analysen är av vikt för att inget av textens väsentliga innehåll ska missas. Den text som inte svarade på syftet utelämnades (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Forskningsetiska överväganden

Tillstånd till studien inhämtades av den berörda verksamhetschefen.

För att få utföra en studie och behandla personuppgifter från informanterna måste samtycke inhämtas (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2008). Ett informerat samtycke innebär att de fått muntlig och skriftlig information angående syftet med studien. Det är viktigt att poängtera att deltagandet är frivilligt och att de när som helst kan dra sig ur studien samt att all material behandlas konfidentiellt. Detta uppnåddes genom skriftlig och muntlig information till deltagarna. Då uppsatsen är på magisternivå har tillstånd från etikprövningsnämnden inte sökts (Centrala etikprövningsnämnden, 2007).

RESULTAT

I resultatet framkom dessa subkategorier och kategorier.

Subkategorier	Kategorier
Normalisera	Attityder till svår menstruationssmärta
Ignorera	
Tonåringen lider varje månad	Tonåringens livskvalité
Barnmorskans metod att minska lidandet	
Tonåringen behöver mer kunskap	
Den bortglömda sjukdomen	Kunskapen om endometriosis
Den uppmärksammade sjukdomen	
Nuvarande bedömningsunderlag	Klara riktlinjer
Kontakten med läkare	

Attityder till svår menstruationssmärta

Denna kategori innefattar barnmorskors reflektioner över sina attityder till svåra menstruationssmärter. Reflektionen handlar om att menstruationssmärterna normaliseras och ignoreras inte bara av barnmorskorna utan även av kvinnorna.

Normalisera

Barnmorskorna menar att menstruationssmärta existerat i alla tider. Menstruationsvärk är ett vanligt och normalt tillstånd. Barnmorskorna påpekar även att de flesta tonåringarna blir hjälpta med sina besvär och blir tillfreds om de blir smärtfria.

Flera barnmorskor påpekar att tonåringarna har olika smärtröskel och kan vara väldigt dramatiska i beskrivningen av sin menstruationssmärta. Många tonåringar målar in sig i ett hörn och förstorar sin smärta för att undvika något de inte tycker om att göra.

”... en del kan det faktiskt vara så att mens och menssmärtor är ett sätt...å slippa någonting man inte gillar..”.

Barnmorskorna menar att tonåringarnas anhöriga ofta har åsikter angående mens och menstruationssmärter. De anhöriga påstår att menstruationssmärter är något normalt som många kvinnor lider av. När tonåringarna söker sig till ungdomsmottagningen är de trötta på att förklara sin egen menstruationssmärta och själva normaliserar själva sin smärta och ger upp. Det är inte alltid som menstruationssmärterna är det primära under besöket utan problemet kommer upp under samtalsgång. Detta eftersom de accepterar sin svåra menstruationssmärta. Det framkommer även att en del kvinnor väljer att ont därför att den hjälp som eftersöks uteblir.

”...många tjejer är omgivna av mammor och syrror som berättar sina upplevelser om mens, men som inte alltid behöver vara samma för den här tjejen..man kan ibland komma hit i försvarsattityd och man måste förklara sig för ”en idiot till” om hur man faktiskt har det”.

Barnmorskorna medger att kvinnoproblem generaliseras och att detta får inte ske. Menstruationssmärter har låg prioritet i samhället. Samtidigt påpekar några barnmorskor att endometriosis kan inte misstänkas vid all menstruationssmärta.

Ignorera

Barnmorskorna påpekar att svår menstruationsvärk inte tillhör deras kompetensområde.

Vidare ifrågasätter barnmorskorna om det verkligen gör någon nytta för tonåringen att få en diagnos på sina svåra menstruationssmärter. Dessutom påtalar barnmorskorna att

laparoskopi inte kan utföras på alla tonåringar med menstruationssmärter. Då kommer gynnningens tidbokning bli överfylld av tonåringar.

"Vilket är viktigast.. att de blir av med sina menssmärter och slipper gå igenom en stor utredning eller är det att få klart för sig att det är endometriosis".

Barnmorskorna påpekar att menstruationssmärta ignoreras länge och att den fortfarande negligeras både inom vården och i samhället.

Tonåringens livskvalité

Denna kategori innefattar barnmorskors reflektioner om att tonåringens vardag påverkas. Reflektionen handlar om att de lider varje månad av sina menstruationssmärter vilket försämrar deras livskvalité. Genom smärtlindring och information om tonåringens egna kropp vill barnmorskor försöka förbättra livskvalitén.

Tonåringen lider varje månad

Barnmorskorna reflekterar över att svår menstruationssmärta minskar tonåringens livskvalité. De plågas och blir sängliggande i ett antal dagar. Detta leder i sin tur att tonåringen kan utebli från skolan varje månad. Vidare framkommer att svåra menstruationssmärter kan ge upphov till illamående och kräkningar. En del har så kraftiga smärter att de förlorar medvetandet för en stund. Svåra menstruationssmärter förhindrar tonåringen att utföra vardagliga aktiviteter.

"...det finns faktiskt tjejer som upplever sina mensdagar som ett helvete".

Barnmorskans metoder att minska tonåringars lidande

Barnmorskorna reflekterar över att de vill minska tonåringens lidande genom att tonåringen ska använda smärtlindrande medicin. Det är viktigt att tonåringen smärtlindrar sig på ett lämpligt sätt, vilket innebär att ta receptfria tabletter kontinuerligt innan den värsta smärtan brytit ut. Problemet barnmorskorna upplever är att många tonåringar inte intar smärtlindrande medicin regelbundet och vid varje tillfälle intar för litet antal tabletter. Tonåringarna anser sig sedan ha provat utan effekt.

"...kan man minska människors lidande är det ju bra..".

Om de smärtlindrande tabletterna inte ger någon lindring är barnmorskornas nästa steg att rekommendera tonåringen att börja med p-piller. I barnmorskans förskrivningsrätt ingår det inte att behandla dysmenorré med p-piller. Det framkommer då att barnmorskorna istället frågar tonåringen om hon är sexuellt aktiv och isåfall av den anledningen förskriva p-piller. Detta trots att den verkliga orsaken är menstruationssmärta. Det framkommer även att barnmorskan anser att barnmorskor ska kunna förskriva p-piller av denna orsak. Barnmorskorna menar att det är viktigt att

prova olika alternativ för att minska lidandet. Smärtlindring med Panodil eller Iprex och p-piller ska hjälpa. För p-piller är den behandlingsmetod som fungerar bäst mot menstruationssmärter. De menar att med p-piller finns möjlighet till blödningsfrihet vilket ibland minskar smärtorna.

”..man byter p-piller och provar nåt annat. Det bör bli bättre i synnerhet när man blöder mindre och färre dagar för de allra flesta”.

Då denna smärtlindringsmetod inte hjälper är det skilda åsikter om hur detta vidare ska hanteras. Innan vidare utredning ska ske hos tonåringarna med menstruationssmärta bör smärtstillande tabletter och p-piller först provas, anser barnmorskorna. Det framkommer vidare att barnmorskorna är överens om att ett byte av p-piller utförs innan de remitterar vidare. Efter detta skiljer sig åsikterna om till mellan ett till flera byten.

”..en tjej som kommer tillbaka för sitt tredje p-pillerbyte och inte blivit hjälpt.. då blir man bekymrad för henne”.

Även när det rör återbesök skiljer sig åsikterna åt från 3-6 månader. Alla är dock eniga om att återbesök är viktigt. Om tonåringen är smärtfri och nöjd vid återbesöket vidtas inte fler åtgärder.

Tonåringen behöver mer kunskap

Det framkommer att barnmorskorna anser att tonåringarna många gånger är i behov av ökad kunskap om sin egen kropp och normal menstruationscykel. Varför blöder de och varför är det smärtsamt. De påpekar att desto tidigare den unga tjejen erhåller denna kunskap desto bättre är det. Detta för att tjejen ska ha kunskap om när menstruationssmärterna är onormala. Många tonåringar har föreställningen att det är farligt med menstruationssmärta och det är viktigt att poängtera att menstruation är något helt normalt och ofarligt. Barnmorskor reflekterar över att ökad kunskap hos tonåringen ökar förmågan att förstå sin smärta och kunna hantera denna.

Barnmorskorna påpekar vikten av att tonåringen behöver kunskap i att hennes smärtupplevelser är hennes. Att tonåringen vågar lita på sin egen kunskap om sin smärta.

”...det är ju den egna upplevelsen... och den kan man ju som utomstående aldrig ha åsikter om utan det är ju den upplevelsen man har rätt till”.

Kunskapen om endometrios

Denna kategori innefattar barnmorskors reflektioner om deras skilda kunskaper om att tonåringars svåra menstruationssmärter kan bero på endometrios. Reflektionerna handlar både om att det är en bortglömd sjukdom och en uppmärksammat sjukdom hos barnmorskorna.

Den bortglömda sjukdomen

Barnmorskorna reflekterar över att menstruationssmärter kan bero på endometriosis och att i barnmorskeutbildningen ingår det att ha kunskap om symtomen och vad denna kroniska sjukdom kan innebära. Trots detta är endometriosis en bortglömd sjukdom och misstanken ofta missas. En barnmorska reflekterar inte alls över endometriosis vid svåra menstruationssmärter.

”När du säger endometriosis så tänkte jag inte alls på det..”.

Barnmorskorna menar att endometriosis förekommer hos tonåringarna men är ovanligt. Det framkommer att de är medvetna om att utredningen är långdragen och många kvinnor får diagnos sent i livet.

Den uppmärksammade sjukdomen

Barnmorskorna reflekterar över att endometriosis idag är mer uppmärksammat än tidigare och god kunskap finns. Vidare poängterar de att allmänheten idag är mer upplyst och därför diagnostiseras endometriosis snabbare.

”...Jag vet inte om det är så idag... det är ju mer upplyst idag och har mer möjlighet att hitta det idag”.

Barnmorskorna menar att tonåringar kan ha endometriosis så diagnosen får ej glömmas bort. Vidare påpekar de att endometriosis är en dold sjukdom. Barnmorskorna påtalar även att endometriosis är ödesdigert eftersom den kan leda till infertilitet och att endometriosisvävnad kan sprida sig till resten av kroppen, till exempel lungorna. Därför måste sjukdomen behandlas. Behandling är nödvändig även för att kunna minska tonåringens lidande då p-piller och smärtlindrande tabletter inte hjälper. Misstanken stärks hos barnmorskorna då menstruationssmärterna plötsligt uppkommer eller om de ökar efter hand.

”Att man kanske börjar få ont av mens och inte haft det förut, ja, då klickar varningsklockan”.

Klara riktlinjer

Denna kategori innefattar barnmorskors reflektioner över svårigheterna att inte ha ett bra verktyg för hur de ska handlägga tonåringars svåra menstruationssmärter. I nuläget har barnmorskor anamnes, sin magkänsla och erfarenhet som bedömningsunderlag. Vidare reflekterar de över att kontakten med specialist inte alltid är självklar.

Nuvarande bedömningsunderlag

Barnmorskor menar att menstruationssmärter måste tas på allvar och en noggrann anamnes måste finnas till grund. Det är viktigt att få information av tonåringen om det finns någon hereditet angående svåra menstruationssmärter inom familjen. Vidare är ålder vid menarche, hur länge tonåringen menstruerat, menstruationssmärtornas debut och hur länge smärtan sitter i av betydelse. Framkommer det i anamnesen att en nära släkting har endometriosis misstänks detta även hos tonåringen. Denna misstanke stärkts även om smärtorna sitter i längre vilket endometriosis smärter tenderar att göra.

”En jätteviktig uppgift, oavsett vad de söker för, är liksom att höra lite... naturligtvis att ta en bra anamnes”.

Magkänslan är ett annat sätt som barnmorskorna använder för att bedöma tonåringarnas svåra menstruationssmärter. Det är viktigt att lita på magkänslan och ta den på allvar, vilket kommer med tid och erfarenhet.

”Det är viktiga är ju när jag känner den här magkänslan att jag inte bara låtsas som om det regnar utan att jag tar det på allvar”.

När tonåringar kommer till ungdomsmottagningen för svåra menstruationssmärter är det barnmorskans bedömning om läkarkontakt behövs. Då menstruationssmärtan inte lindras är det barnmorskans ansvar att kunna diskutera med läkare och remittera vidare. Barnmorskorna menar att vården aldrig får sluta leta efter anledningen till tonåringars svåra menstruationssmärta.

”...smärtproblematik är ju svårt...det är inte alltid att hitta skälet till menssmärtan, men man får aldrig hitta en anledning till att sluta leta”.

Kontakten med läkare

Efter tre månader utan tillräcklig smärtlindring menar barnmorskorna att tonåringar remitteras vidare till en läkare. Barnmorskor konsulterar alltid en läkare om tonåringar är under femton år och har svår menstruationssmärta.

Vilken specialistläkare som konsulteras är olika för varje ungdomsmottagning. Barnmorskorna menar att de oftast börjar remittera tonåringen till vårdcentralen innan de hänvisas till gynekolog, trots medvetenhet om att det blir en längre vårdkedja. På alla fyra ungdomsmottagningar där studien genomfördes finns inte tillgång till gynekolog. Det är antingen distriktsläkare på ungdomsmottagningen eller så får tonåringen vända sig till vårdcentralen. I undantagsfall skickas en remiss till gynmottagningen och där är det lång väntetid enligt vissa barnmorskor. Barnmorskorna anser att det är bättre för tonåringen att komma direkt till vårdcentralen och få omedelbar hjälp. Detta istället för en lång väntan att få en tid till gynmottagningen för utredning.

”Oftast tycker jag det bästa är att börja på vårdcentralen”.

Det finns en önskan hos barnmorskorna att få en specialist till ungdomsmottagningen. Det framkommer även fram att det är svårt att få hjälp av läkare eftersom dessa inte har så mycket tid på ungdomsmottagningarna.

”...Önskar det skulle komma en gynekolog som skulle komma ut på ungdomsmottagningen”.

Behov av bättre instrument

I studien reflekterar barnmorskorna över att de vill ha ett bättre instrument än magkänsla och anamnes. Idag finns det inga PM om menstruationssmärter vilket är en önskan. Ett gemensamt PM skall bidra till att alla arbetar likt över länet. Vidare ska det hjälpa barnmorskor som känner att de har otillräcklig kunskap inom området. Okunskapen tillsammans med tidsbrist kan bidra till att barnmorskor inte utreder menstruationssmärterna vidare. Tidsbristen leder även till att de inte diskuterar eller reflekterar tillsammans med varken varandra eller med andra ungdomsmottagningar.

”När ska vi remittera vidare? Det finns ju inga direkta PM”.

Inom barnmorskeyrket kommer det hela tiden ny kunskap och det är, enligt barnmorskorna, deras ansvar att uppdatera sig.

”..det är ju viktigt att få nya input så du inte går och trampar i dyn, speciellt när man jobbar på en ungdomsmottagning”.

DISKUSSION

Metoddiskussion

En kvalitativ ansats har valts därför att vi ville få kunskap och förståelse om barnmorskornas reflektioner över tonåringars svåra menstruationssmärter kopplat till endometrios. Detta gjordes genom forskningsintervjuer. Det vårdvetenskapliga livsvärldsperspektivet innebär en betoning av öppenhet och följsamhet för barnmorskornas levda värld (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). En diskussion uppstod huruvida det var barnmorskans eller tonåringens levda värld som reflektionerna handlade om. Dock formas barnmorskornas reflektioner av deras erfarenheter av sitt arbete med tonåringar och därför kom, anser vi, barnmorskornas reflektioner utifrån deras levda värld fram.

Då det var liten respons från barnmorskorna gick vi personligen till en ungdomsmottagning för att undersöka intresset av att delta. En del barnmorskor påpekade att skälet till att inte ställa upp i studien var att intervjun skulle pågå i 45-60 minuter. Det hade kanske varit tillräckligt att skriva i informationsbrevet att den skulle hålla på i 30-

45 minuter istället. Det vi även funderade kring var om det verkligen var så fullt i deras agenda att de inte kunde avvara en stund av sin arbetstid. Eller var det kanske okunskap inom området som bidrog till att inte delta i studien eller kunde det bero på att ämnet var ointressant?

Två pilotintervjuer utfördes för att testa frågorna. Enligt Kvale (1997) är anledningen till detta att öka tryggheten inför samtalen. Pilotintervjuerna bidrog till upptäckten att den öppna frågan misstolkades och förändrades och ingick därför inte i studien.

Författarna beslöt sig för att göra alla intervjuer tillsammans därför att vi kände oss oerfarna inom intervjueteknik. Enligt Thomson (2010) kan det vara en fördel att vara två stycken då informanten besitter en maktposition gentemot intervjuarna. Nackdelarna kan vara att informanten kan känna sig underlägsen, följsamheten i intervjun missas och att vi avbryter varandra. Barnmorskorna tillfrågades innan start om de accepterade att vi var två och alla i studien godkände detta. Vi upplevde ett gott stöd av varandra och såg ingen nackdel av detta. Dock kan en svaghet i studien vara oerfarenheten hos författarna eftersom vi inte vågade ställa följdfrågor efter den öppna frågan. Detta för rädslan att frågorna skulle bli ledande och påverka resultatet. Tryggheten hos författarna ökade ju fler intervjuer som gjordes.

Intervjuerna utfördes på informaternas arbetsplats. En intervju hölls under tidspress då barnmorskan hade patienter som väntade. På grund av detta upplevdes intervjun stressig både av informanten och författarna. Till slut blev intervjun tvungen att avbrytas. Intervjuer där informanten är jäktad eller trött ger oftast inget bra resultat (Thomsson, 2010). Alla barnmorskor intervjuades i deras mottagningsrum. Enligt Kvale (1997) är det viktigt att dessa genomförs i en lugn miljö där inga störande moment avbryter samtalet. Men författarna anser att detta inte påverkade resultatet.

Kvalitativ innehållsanalys har använts eftersom denna är bra då den kan anpassas till författarnas erfarenhet och för att få ut det bästa resultatet som möjligt ur alla intervjuer (Lundman och Hällgren Graneheim, 2008). För att bedöma trovärdigheten av resultatet, används de tre begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Giltighet beskriver hur sant resultatet är och visas genom en god spridning på informanterna, vad gäller kön och arbetslivserfarenhet, vilket ökar möjligheten att få varierade reflektioner på det belysta ämnet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). I vår studie fanns en bra spridning då deltagarna var både män och kvinnor och de hade olika lång arbetslivserfarenhet. Dessutom intervjuades barnmorskor från fyra olika mottagningar och två olika regioner.

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) ökar tillförlitligheten av resultatet eftersom intervjuerna, i denna studien, har lästs och analyserats tillsammans av författarna. I varje steg i dataanalysen har vi reflekterat och diskuterat tillsammans över olika tolkningar av resultatet. Detta utförs för att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i texten och få en samstämmig tolkning av resultatet (Lundman och Hällgren och Graneheim (2008). Likheter och skillnader formades sedan till underkategorier och kategorier. Då sökandet efter vetenskapliga artiklar inom området svåra menstruationssmärter kopplat till endometriosis startade fanns det mycket material ur ett medicinskt perspektiv. Dock fanns det färre vetenskapliga artiklar ur ett

vårdvetenskapligt perspektiv och ur ett barnmorskeperspektiv. Detta medförde att det blev svårigheter att finna artiklar. De vårdvetenskapliga artiklar som användes ansågs vara tillförlitliga efter artikelgranskning av författarna.

Trovärdigheten beror även på studiens överförbarhet eller användbarhet. Överförbarhet innebär om studiens resultat kan överföras till andra grupper eller situationer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). En svaghet i denna studie är att resultatet är utförd på få deltagare. Dock anses syftet besvarat och delar av resultatet kan föras över till större grupper av barnmorskor.

Trovärdigheten präglas även av hur ”färgat” resultatet är. Detta innebär att vår förförståelse och erfarenhet kan påverka resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Vi var medvetna om vår förförståelse och försökte tygla denna.

Resultatdiskussion

Huvudresultatet i denna studie är att barnmorskorna reflekterade över att tonåringens svåra menstruationssmärter kan bero på endometriosis. Dock ansåg barnmorskorna att endometriosis är ovanligt hos tonåringar men att svåra menstruationssmärter påverkar hela deras vardagssituation och att smärtorna är svåra att lindra. Idag saknar barnmorskor instrument för hur de ska behandla tonåringar med svår dysmenorré vilket uppmärksammades tydligt i studien. Barnmorskor önskar sig bra riktlinjer samt tillgång till gynekolog på ungdomsmottagningen.

Attityder till svår menstruationssmärta

I vårt resultat framkom att barnmorskorna reflekterade över att både vården och kvinnorna själva normaliserade menstruationssmärterna. Det visade sig även i resultatet att barnmorskorna reflekterade över anledningen till att tonåringen själv accepterade smärtorna var på grund av omgivningens åsikter att menstruationssmärter alltid funnits och är normalt. Detta stärks i studien av Arruda, Petta, Abrao och Benetti, Pinto (2003) där tonåringar har fått information att menstruationssmärter är normalt och därför inte söker hjälp tidigare. En kvinna som haft svår menstruationssmärta sedan menarche tror ofta att smärtan är normal och istället tagit det för en ”extrem normalitet” och tror att det handlar om otur istället för en sjukdom (Ballard, Lowton & Wright, 2006).

Vårt resultat visar att problemet med menstruationssmärter många gånger kunde komma fram under samtalsgången då det egentliga syftet med besöket var preventivmedel. Detta eftersom tonåringen inte, enligt barnmorskorna, reflekterat över att smärtan behöver behandlas. Studien av Gilmour et al. (2008) bekräftar detta genom att anledningen till att inte söka hjälp kan bero på att dysmenorré ses som något privat. Många tonåringar tycker det är genant att tala om sina problem, inte bara dysmenorré, utan även om samlagsmärter (Arruda et al., 2003). Många tonåringar tycker det är så genant att inte kunna hantera sin menstruationssmärta att inte ens familj eller nära vänner är medvetna om deras lidande (Ballard et al., 2006).

Barnmorskorna i studien, påpekade att identifiera svåra menstruationssmärter inte ingick i deras kompetensområde. I kompetensbeskrivningen (2006) anges att barnmorskor ska ha kunskap om gynekologiska besvär och sjukdomstillstånd för att veta när läkare ska remitteras. Dessutom står även att de ska visa omsorg och respekt för patienten. Enligt Denny (2003) kan detta uppnås genom att stärka tonåringarna med svåra menstruationssmärter och bekräfta deras situation. Gilmour et al. (2008) menar att respekt och omsorg visar barnmorskan genom att diskutera och ge tonåringen kunskap om hur hon ska hantera menstruationssmärtan. Det framkom i vårt resultat att en del barnmorskor upplevde tonåringar som dramatiska och ofta förstörde sin smärta för att undvika aktiviteter de tyckte mindre om. Detta visar, enligt oss författare, att tonåringen inte alltid tas på allvar och ignoreras. Enligt Blomberg (2008) töms tonåringen då på energi och får minskat självförtroende.

Vårt resultat visade att det ifrågasattes om det skulle vara positivt för tonåringen att genomgå en stor utredning och få bekräftat diagnosen endometrios eller vore det bästa vara att bli smärtlindrad. Det stärks av Ballard et al. (2006) att det är positivt att få en diagnos. Detta eftersom tonåringarna hade svårigheter att förklara sina problem och anledningen till varför de inte kunde gå i skolan. Diagnos gav dem en bekräftelse att det fanns en orsak till de svåra menstruationssmärtorna. Kunskap om sina smärtor kan ge en känsla av lättnad. Detta stärks även i studien av Kalleberg Husby, Skipnes Haugen och Moen Haase (2003) som menade att en sen diagnos kan leda till osäkerhet och misstro till vården och onödigt lidande på grund av smärtor under lång tid. Dock framgick det även i studien att en tidig diagnos kan ge upphov till depressioner hos kvinnorna. Orsaken till kvinnornas depressioner var kännedomen om att ha en kronisk sjukdom där prognosen angående fertilitet och livskvalité var osäker. Vi anser att om det finns många barnmorskor med inställningen att diagnos inte är nödvändig är det inte underligt om det blir en långsam process att få sina svåra menstruationssmärter utredda.

Barnmorskor i vårt resultat menade att alla tonåringar med svår menstruationssmärta inte kan utredas med laparoskopi. Detta stärks av Nordenskiöld (2008) som påpekar att det vore orimligt att laparoskopera alla tonåringar med svåra menstruationssmärter eftersom det är en vanlig åkomma. Då tonåringen fått prova icke-steroida antiinflammatoriska och smärtstillande läkemedel (NSAID-preparat) och p-piller utan att känna någon lindrande effekt bör en laparoskopi övervägas. För att kunna säkerställa diagnosen endometrios är laparoskopi i nuläget den säkraste metoden.

Tonåringens livskvalité

I vårt resultat framkom det att barnmorskor reflekterade över att svåra menstruationssmärter minskade tonåringens livskvalité. Barnmorskorna menade att anledningen till minskad livskvalité var att tonåringen kunde bli illamående och kräkas och till och med svimma av sina menstruationssmärter. Besvären orsakade många gånger att tonåringen inte kunde gå till skolan eller utföra sina aktiviteter. Detta styrks av studien av Ballard et al. (2006) som menar att tonåringen utvecklar strategier för att klara vardagen genom att undvika olika sociala aktiviteter och stanna hemma och kurera sig tills smärtorna minskat. Enligt Esimai och Esan (2009) går många tonåringar miste om ett antal dagar i skolan varje år på grund av sina menstruationssmärter. Livskvalitén

påverkas även genom att smärtorna kan bidra till humörsvängningar som i sin tur kan leda till en förlust av vänner påtalar Cox, Henderson, Wood och Cagliarini (2003).

Barnmorskor i denna studie uppvisade viljan att försöka öka tonåringens livskvalité genom smärtlindring och preventivmedel. Framförallt upptäckte barnmorskorna att många tonåringar smärtlindrade sig otillräckligt. Detta innebar att tonåringen åt för lite eller för mycket smärtlindrande tabletter. I likhet skriver O'connell, Davis och Westhof (2006) att tonåringarna sällan använder analgetika inom dosramarna. Vidare framkom det i vårt resultat att då tonåringarna åt tabletterna rätt bidrog detta till att de kunde sköta skolarbetet och delta i sociala aktiviteter.

Barnmorskorna i studien menade att då smärtlindring inte gav tillräcklig effekt försökte de finna en annan anledning än menstruationssmärtorna för att skriva ut preventivmedel. Detta med tanke på att barnmorskor enbart får föreskriva preventivmedel i preventivt syfte, vilket bekräftas i Socialstyrelsen (1996). Det fanns en önskan att få behörighet för detta under tre månader för att utröna om smärtan minskar eller avtar.

Enligt resultatet i vår studie fanns det olika åsikter över hur många p-piller byten som var befogat innan åtgärd. Barnmorskorna var överens om att åtminstone ett p-pillerbyte var rimligt innan läkare kontaktades. Dock framkom det att vissa barnmorskor först blev bekymrade efter tre-fyra p-pillerbyten. Enligt Brosens och Benagiano (2011) är rekommendationerna initialt att börja med receptfria NSAID-preparat och p-piller och efter tre månader utan symtomlindring skall tonåringen remitteras vidare för utredning. Vi författare anser att med tre till fyra preventivmedelsbyten tar det längre tid för tonåringen att remitteras till en läkare. Detta stärks i studien av Ballard et al. (2006) som menar att vården hellre skriver ut preventivmedel och därmed försöker minska menstruationssmärtorna istället för att hitta den bakomliggande orsaken. Vi författare menar att en tonåring som blivit behandlad med preventivmedel oftast känner sig tillfredställd trots fortsatt menstruationssmärta. Detta beror på att menstruationssmärtorna minskat och tonåringen känner sig tillfredställd med sin smärtlindring än innan insättandet av preventivmedel. Detta kan innebära att barnmorskan inte remitterar vidare till läkare.

I vår studie reflekterades över att återbesöken till barnmorskorna var viktiga. Dock skiljde sig åsikterna åt över hur lång tid det skulle ta från insättandet av preventivmedel eller smärtlindrande tabletter till återbesök. Återbesök varierade mellan tre till sex månader. Enligt Lundström-Lindstedt och Ruusuvaara (1999) är rekommendationen för återbesök vid receptfri smärtlindring tre månader.

Barnmorskor i vårt resultat ansåg att information till tonåringar, angående kunskap om kroppen och menstruationscykeln, var viktig. Detta eftersom tonåringarna saknar tillräcklig kunskap och tror att menstruationssmärta är farligt. Detta bekräftas i studien av Esimai och Esan (2009) som menar att äldre kvinnor ofta har mer kunskap om kroppen och menstruationscykeln än tonåringar och har då en större benägenhet att söka vård. Ballard et al. (2006) bekräftar att det är svårt att avgöra vad en "normal" och "onormal" smärta är eftersom en del tonåringar haft smärta sedan menarche. I vårt resultat reflekterade inte alla barnmorskor över skillnaden mellan en "normal" och "onormal" menstruationssmärta. Vi författare funderar kring varför barnmorskorna egentligen tycker att tonåringen behöver mer kunskap om kroppen och

menstruationscykeln. Är det för att tonåringen ska ha kunskap om när det är nödvändigt att söka hjälp för sina menstruationssmärter? Eller är det för att tonåringarna genom ökad kunskap skall acceptera sin menstruationssmärta och lära sig hantera den?

Kunskapen om endometrios

Utav de sex informanterna i studien framkom att en barnmorska inte reflekterade över att de svåra menstruationssmärterna kunde bero på endometrios. I efterhand kom barnmorskan dock att tänka på endometrios, men först då frågan ställts. Barnmorskorna i studien hade dock skilda åsikter gällande endometrios hos tonåringar. De var medvetna om att tonåringar kan ha endometrios men poängterade samtidigt att det var väldigt ovanligt. Trots detta påpekade barnmorskorna att misstanken måste finnas i bakhuvudet. Det stärks av Arruda et al. (2003) som menar att det är många tonåringar som lider av dysmenorré och det är viktigt att ha endometrios i åtanke. Speciellt tillsammans med andra symtom som bäckensmärter och samlagssmärter. Endometrios kan uppstå redan i tioårsåldern i alla etniska och sociala grupper enligt studien av Wook Bai et al. (2002). Inställningen att tonåringar med dysmenorré inte kan ha endometrios bidrar till att misstanken aldrig uppkommer, enligt studien av Petta, Matos, Bahamondes och Fuandes (2007). Studien beskriver gynekologers uppfattning men kan även gälla barnmorskor. Vi författare frågar oss om det finns tillräckligt med kunskap hos barnmorskorna gällande tonåringar och endometrios. Om barnmorskan har en bristande kunskap i ämnet och tonåringen söker sig till ungdomsmottagningen kan det bidra till en försening av utredning. Kunskap om svåra menstruationssmärter kan leda till att misstanken om endometrios lättare uppmärksammas på ungdomsmottagningen.

Barnmorskor i vår studie påpekade att endometrios är mer uppmärksammat idag, vilket förbättrat vården och behandlingen för tonåringen. Detta är delvis sant eftersom studien av Pugsley och Ballard (2007) menar att beroende på vilka symtom kvinnan var drabbad av identifierades endometrios snabbare. Då kvinnan hade menstruationssmärter tillsammans med djupa samlagssmärter och bäckensmärter blev väntetiden till utredning kortare. Resultatet i vår studie visar att enbart menstruationssmärter inte ingav misstanke om endometrios, även om detta symtom är den vanligaste vid endometrios. Vi författare menar att tonåringen inte alltid är sexuellt aktiv då hon söker sig till ungdomsmottagningen och har därmed ingen kännedom om hon lider av djupa samlagssmärter. Det framkom även i vårt resultat att barnmorskor reflekterade över att det tar många år att upptäcka diagnosen endometrios för tonåringar som sökte för svåra menstruationssmärter. Detta bekräftas i studien av Arruda et al. (2003) där det framkom att det tog det längre tid för en tonåring under nitton år att få diagnosen endometrios än för en kvinna över trettio år. Från konsultation till diagnos skiljer det nästan fem år mellan de båda åldersgrupperna oavsett vilka eller antalet symtom kvinnorna uppvisade. Vi, som författare, funderar på om frånvaro av djupa samlagssmärter skulle kunna vara en av anledningarna till att tonåringar med svår dysmenorré inte remitteras vidare till en specialist. Detta eftersom de då endast har ett symtom istället för ett flertal.

Barnmorskorna i vår studie reflekterade över att endometrios kunde leda till infertilitet. Detta stärks i studien av Paris och Ariz (2010) som menar att kvinnor med endometrios löper betydligt ökad risk för infertilitet jämfört med övrig kvinnlig befolkning. Vi anser

att ju tidigare en tonåring utreds för menstruationssmärter desto snabbare kan behandling erbjudas då hon senare kanske får problem att bli gravid. Endometriosis ökar risken för äggstockscancer men det var inget som barnmorskorna i studien reflekterade över.

Klarare och bättre riktlinjer

Det framkom i denna studien att barnmorskor reflekterade över att det idag inte finns några klara riktlinjer eller PM att förlita sig på då tonåringen söker för svåra menstruationssmärter. De instrument som barnmorskorna använder sig av är anamnes och sin egen magkänsla. Barnmorskorna uttryckte att det var viktigt att anamnesen var noggrant genomgången och att lyssna in tonåringen ordentligt. Anamnesen skall ge en helhetsbild av tonåringens livssituation. Om det i anamnesen kom fram att mor eller systrar hade endometriosis stärktes misstanken. Detta bekräftas av Chapron et al. (2011) som menar att om endometriosis fanns i släkten var detta en stark indikation för endometriosis då tonåringen söker för svåra menstruationssmärter. Vidare menar barnmorskorna i vår studie att endometriosis kan misstänkas då smärtorna påverkar det dagliga livet samt om tonåringen tidigt eller länge försökt lindra menstruationssmärterna med preventivmedel. Barnmorskorna på ungdomsmottagningen påtalade att de ansåg det viktigt i anamnesen att fråga om menarche och hur länge smärtorna satt i. Treloir, Bell, Nagle, Purdie och Green (2010) styrker detta genom att kvinnor som fått sin första menstruation senare än vid fjorton års ålder tillsammans med menstruationssmärter löper en större risk att utveckla endometriosis. Vi författare anser att anamnesen är ett bra instrument att använda för att upptäcka svåra menstruationssmärter och för att få en misstanke om att vidare utredning behövs. Frågan, vi ställer oss, är varför anamnesen inte oftare leder till att tonåringar utreds för endometriosis då det är ett bra mätinstrument? Kanske är det en osäkerhet hos barnmorskor över om misstanken är rätt och hur svåra menstruationssmärter skall hanteras.

Det andra instrumentet som barnmorskorna använder sig av är magkänslan som kommer med tid och erfarenhet. Benner (1993) stärker detta genom att erfarenhet kommer med tiden och ofta är barnmorskan omedveten om sina förvärvade kunskaper. Den nya barnmorskan saknar denna erfarenhet eller magkänsla och behöver riktlinjer som skall vägleda dem i sitt arbete. Inom många andra områden, såsom abortverksamhet, finns det tydliga vårdplaner eller riktlinjer för hur barnmorskan skall handla. Dock saknas detta angående svåra menstruationssmärter på de ungdomsmottagningar som ingick i studien. Det finns ett instrument, i form av en kontrollista, i Västra Götaland som distriktsläkare använder för att kunna identifiera unga kvinnor som möjligen har endometriosis och hänvisa dem till en gynekolog. Denna är utarbetad av arbetsgruppen för endometriosis inom Svensk Förening Obstetrik och Gynekologi (SFOG) (bilaga 4). Denna kontrollista skulle kunna användas, av barnmorskor, tillsammans med anamnesen för att screena tonåringens menstruationssmärter och ge en vägledning när specialist skall kontaktas. Frågan, vi ställer oss, är varför arbetsgruppen för endometriosis inte delgivit denna kontrollista till barnmorskorna. Beror det kanske på att svåra menstruationssmärter inte anses vara inom barnmorskors kompetensområde?

Vår studie visar att det finns både tidsbrist och brist på gynekologer på ungdomsmottagningen. På en ungdomsmottagning fanns ingen läkare alls och tonåringen hänvisades till distriktsläkaren på vårdcentralen istället. Det framkom även i denna studie att barnmorskorna var medvetna om att det tog längre tid för tonåringen att få rätt hjälp då de remitterades till vårdcentralen och distriktsläkare. Detta styrks i de engelska studierna av Ballard et al. (2006) och Pugsley och Ballard (2007) som menar att det tar längre tid att bli hjälpt med sina smärtor när vårdcentralen kontaktas först. De påpekar även att det för många kvinnor tog upp till sex besök hos distriktsläkare innan de blev remitterade till specialist och fick diagnos. Trots att barnmorskorna i vår studie var medvetna om längre vårdkedja menade de att det var bättre att börja med vårdcentralen då väntetiden var lång till kvinnokliniken, där gynekologer var tillgängliga. Vi frågar oss varför barnmorskorna i studien väljer denna förlängda vårdkedja? Kan det vara så att okunskap eller osäkerhet hos barnmorskorna leder till att de misstror sin egen bedömning av menstruationssmärterna och använder de långa väntetiderna på kvinnokliniken som ett svepskäl eller är riktlinjerna sådana att barnmorskorna skall remittera till distriktsläkare istället för specialist? Idag är väntetiden inte så långvarig på grund av vårdgarantin. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 3§, skall patienten bli erbjuden ett första besök till specialist inom nittio dagar. Denna garanti gäller både om barnmorskan remitterat eller om tonåringen själv söker sig till gynekolog. Vårdgarantin ger inte möjlighet till snabbare utredning men tonåringens menstruationssmärter uppmärksammas tidigare av rätt specialist. Detta kan leda till en mer korrekt observation av tonåringens symtom eftersom en gynekolog oftast har större erfarenhet av svåra menstruationssmärter. Då tonåringen inte får träffa specialist inom nittio dagar erbjuds ett besök i ett annat landsting. För tonåringen kanske det skulle vara bättre att stå i kö under nittio dagar och bli utredd istället för att vända sig till vårdcentralen och träffa olika distriktsläkare.

Barnmorskorna i studien hade önskemål om en gynekolog på ungdomsmottagningen som var där flera dagar i veckan. En gynekolog som de kunde vända sig till då frågetecknen kring svåra menstruationssmärter uppstod. En ökad tillgång av gynekologer på ungdomsmottagningen hade säkert kunnat ge tonåringarna en snabbare och bättre möjlighet till hjälp från början. Dock är frågan om detta skulle vara möjligt med dagens besparingskrav.

Slutsats

Barnmorskorna som deltog i studien var eniga om att tonåringens livskvalité blir negativt påverkad av sina svåra menstruationssmärter. De svåra menstruationssmärterna kan bero på endometrios. I vårt resultat framkom att barnmorskor kan sakna kunskap om att endometrios är vanligt hos tonåringar. Uppfattningen som barnmorskor kan ha är att endometrios hos tonåringar är ovanligt. Vidare visar resultatet att det idag saknas riktlinjer angående handhavande kring tonåringens svåra menstruationssmärter. Denna studie kan användas som diskussionsunderlag på ungdomsmottagningar som stöd för att diskutera riktlinjer för handläggning av svåra menstruationssmärter. Barnmorskor i denna studie vill ha tydliga riktlinjer för att ha möjlighet att remittera tonåringar med svåra menstruationssmärter på ett optimalt sätt i syfte att förbättra deras livskvalité.

Denna studie är utförd med barnmorskor som informanter. Det skulle vara intressant att undersöka hur distriktsläkare på vårdcentraler reflekterar över tonåringars svåra menstruationssmärter. Anser även de att endometrios är ovanligt hos tonåringar och anser de att utredning är av vikt?

REFERENSER

Agarwal, A.K. & Agarwal, A. (2010). A study of Dysmenorrhea During Menstruation in Adolescent Girls. *Indiana Journal of Community Medicine*, 35(1), 159-164.

Arruda, M.S., Petta, C.A., Abrao, M.S. & Benetti-Pinto, C.L. (2003). Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *European Society of Human Reproduction and Embryology*, 18(4), 756-759.

Ballard, K., Hasel, L., Hudelist, G., Banerjee, S. & Wright, J. (2010). Can specific pain symptoms help in the diagnosis of endometriosis? A cohort study of women with chronic pelvic pain. *Fertility and Sterility*, 94(1), 20-27.

Ballard, K., Lowton, K. & Wright, J. (2006). What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *American Society for Reproductive Medicine*, 86(5), 1296-301.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Bergqvist, A. (2010). Endometrios. Ingår i P.-O. Jansson & B.-M Landgren (red). *Gynekologi* (s. 277-284). Lund: Studentlitteratur.

Blomberg, M. (2008). Epidemiologi och livskvalitet vid endometrios. Ingår i L.Å. Mattsson (red). *Arbets- och referensgruppen för endometrios, rapport nr. 56* (s. 25-30). Uppsala: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.

Brosens, I. & Benagiano, G. (2011). Endometriosis, a modern syndrome. *Indian Journal of Medical Research*, 133(6), 581-593.

Bruse, C. (2008). Historik. Ingår i L.Å. Mattsson (red). *Arbets- och referensgruppen för endometrios, rapport nr. 56* (s. 7-9). Uppsala: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.

Centrala Etikprövningsnämnden (2007). Hämtad (2011-08-29) från <http://www.epn.se/media/13813/cepn.doc;%20ang%C3%A5ende%20%C3%A4ndringar%20i%20etikpr%C3%B6vningslagen%20m.m..pdf>

Chapron, C., Lafay-Pillet, M.-C., Monceau, E., Borghese, B., Ngo, C., Souza, C. & de Ziegler, D. (2011). Questioning patients about their adolescent history can identify markers associated with deep infiltrating endometriosis. *Fertility and sterility*, 95(3), 877-881.

Cox, H., Henderson, L., Wood, R. & Cagliarini, G. (2003). Learning to take charge: women's experiences of living with endometriosis. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 9, 62-68. 7s.

Dahlberg, K., Fagerberg, I., Nyström, M., Segesten, K. & Suserud, B-O. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Deal, L. S., DiBenedetti, D. B., Williams, V. SL. & Fehnel, S. E. (2010). The development and validation of the daily electronic Endometriosis Pain and Bleeding diary. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(64), 1-9.

Den internationella etiska koden för barnmorskor (1999). Hämtad (2011-08-24) från, <http://www.barnmorskeforbundet.se>

Denny, E. (2003). Women´s experience of endometriosis. *Journal of Advanced Nursing*, 46(6), 641-648.

Esimai, OA. & Omoniyi Esan, GO. (2009). Awareness of Menstrual Abnormality Amongst College Students in Urban Area of Ile-Ife, Osun State, Nigeria. *Indian Journal of Community Medicine*. 35(1), 63-66.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

Gilmour, J. A., Huntington, A. & Wilson, H. V. (2008). The impact of endometriosis on work and social participation. *International Journal of Nursing Practice*. 14, 443-448. 6 s.

Halis, G., Mechsner, S. & Ebert A. D. (2010). The Diagnosis and Treatment of Deep Infiltrating Endometriosis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(25), 446-56.

Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande – från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Huntington, A. & Gilmour, J. A. (2005). A life shaped by pain: women and endometriosis. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1124-1132. 9 s.

Kalleberg Husby, G., Skipnes Haugen, R. & Haase Moen, M. (2003). Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 649-653. 5 s.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Krabbe, M. (2005). Ungdomsmottagning – behövs det? Vad är det? För vem? Ingår i B.Wahlman Laurell (red). *Varken barn eller vuxen – ungdomsmedicin i praktiken* (s. 116-119). Växjö: Svenska läkarsällskapet.

- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i N. Granskär & B. Höglund-Nielsson (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Lundström-Lindstedt, V. & Ruusuvaara, L. (1999). Dysmenorré. Ingår i N.-O. Sjöberg *Arbets- och referensgruppen för ungdomsgynekologi, rapport nr: 40* Västerås: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
- Marions, L. (2010). Barn och ungdomsgynekologi. Ingår i P. O. Jansson & B.-M Landgren (red). *Gynekologi* (s. 159-168). Lund: Studentlitteratur.
- McEvoy, M., Chang, J. & Coupey, S. M. (2004). Common Menstrual Disorders in Adolescence. *Nursing Interventions*, 29(1), 41-49.
- Melin, A., Sparén, P., Persson, I. & Bergqvist, A. (2006). Endometriosis and the risk of cancer with special emphasis on ovarian cancer. *Human Reproduction*, 21(5), 1237-1242.
- Nordenskjöld, F. (2008). Tonårsendometriosis. Ingår i L.-Å Mattson *Arbets- och referensgruppen för endometriosis, rapport nr 56*. Uppsala: SFOG.
- O'connell, K., Davis A. R. & Westhof, C. (2006). Self-treatment Patterns Among Adolescent Girls with Dysmenorrhea. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology*, 19, 285-289. 5 s.
- Odlind, V. (2004). Ungdomsgynekologi. Ingår i C. Gottlieb & B. von Schoultz (red). *Öppenvårdsgynekologi* (s. 103-109). Stockholm: Liber AB.
- Paris, K. & Ariz A. (2010). Endometriosis- associated infertility: a decade's trend study women from the Estrie Region of Quebec, Canada. *Gynecological Endocrinology*, 26(11), 838-842.
- Parker, M. A., Sneddon, A. E. & Arbon, P. (2009). The menstrual disorder of teenagers (MDOT) study: determining typical menstrual patterns and menstrual disturbance in a large population-based study of Australian teenagers. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 117, 185-192. 8 s.
- Petta, C. A., Matos, M. A., Bahamondes, L. & Faundes, D. (2007). Current practice in the management of symptoms of endometriosis: a survey of Brazilian gynecologists. *Journal of the Brazilian Medical Association*, 53(6), 525-529.
- Pugsley, Z. & Ballard, K. (2007). Management of endometriosis in general practice: The pathway to diagnosis. *British Journal of General Practice*, 57, 470-476. 7 s.
- Rådestad, A. (2009). Dysmenorré samt premenstruellt syndrom. Ingår i I. Hildingsson, B. Hogg, I. Lundgren & A. Kaplan, (red). *Lärobok för barnmorskor* (s. 633-634). Lund: Studentlitteratur.

Rådestad, A. (2009). Endometriosis. Ingår i I. Hildingsson, B. Hogg, I. Lundgren & A. Kaplan (red). *Lärobok för barnmorskor* (s. 641-642). Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad (2011-12-05) från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.htm>

Socialstyrelsen (1996). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om rätt för barnmorskor att föreskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte*. Hämtad (2011-12-01) från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/1996-21>

Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad (2011-08-24) från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-105-1>

Stavroulis, A. I., Saridogan, E., Creighton, S. M. & Cutner, A. S. (2005). Laparoscopic treatment of endometriosis in teenagers. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 125(2006), 248-250.

Thomsson, H. (2010). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Treloar, S. A., Bell, T. A., Nagle, C. M., Purdie, D. M. & Green, A. C. (2010). Early menstrual characteristics associated with subsequent diagnosis of endometriosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 202(534), 1-6.

Tripoli, T. M., Sato, H., Sartori, M. G., de Araujo, F. F., Girao, M. J. B. C. & Schor, E. (2011). Evaluation of Quality of life and Sexual Satisfaction in Women Suffering from Chronic Pelvic Pain With or Without Endometriosis. *International Society for Sexual Medicine*. 8, 497-503. 7 s.

UMO, din ungdomsmottagning på nätet. Hämtad (2011-11-15) från: <http://www.umo.se//Att-ta-hjalp/Ungdomsmottagning/>

WHO (2008). Hämtad (2011-11-11) från <http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/45/prog45.pdf>

Wook Bai, S., Jeong Cho, H., Yeon Kim, J., Ah Jeong, K., Kwang Kim, S., Jae Cho, D., Ho Song, C & Hyun Park, K (2002). Endometriosis in an Adolescent Population: the Severance Hospital in Korean Experience. *Yonsei Medical Journal*, 43(1), 48-52.

World Medical Association Declaration of Helsinki (2008). Hämtad (2011-11-25) från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Bilaga 1



Till verksamhetschefen på ungdomsmottagning

Förfrågan om genomförande av studie

Vi är två sjuksköterskor som studerar till barnmorskor vid Högskolan i Borås. I utbildningen ingår det att skriva ett examensarbete på magisternivå, omfattande 15 hp. I detta examensarbete ska vi fördjupa oss i ett område inom ramen för barnmorskans arbete.

Hösten 2011 planerar vi att genomföra en studie där vi har valt att fokusera på hur barnmorskor reflekterar kring tonåringars svåra menstruationssmärtor. Studien kommer att genomföras i form av intervjuer av 6-8 barnmorskor som arbetar på ungdomsmottagning i Halland och varit verksamma minst ett år. Intervjuerna beräknas ta 30-60 minuter och planeras att genomföras under arbetstid.

Bandinspelning görs av intervjuerna och dessa kommer att skrivas ut i text och analyseras. Intervjumaterialet kommer att behandlas konfidentiellt och resultatet redovisas så att ingen enskild person kan identifieras. De barnmorskor som väljer att delta i studien kommer att informeras om frivilligt deltagande och möjligheten att avbryta sitt deltagande när som helst under studiens gång utan att ange anledningen.

Vi vore tacksamma om Du, som verksamhetschef, kan vidarebefodra information om studien till xxxxx och xxxx ungdomsmottagningar.

Vi ber härmed om Din tillåtelse att intervjua barnmorskor på ungdomsmottagningen under arbetstid.

Tack på förhand!

Vid eventuella frågor eller funderingar kontakta

Mona Lundahl, Leg. Sjuksköterska och barnmorskestudent

Tfn:xxxxx

Mail: xxxxxx

Camilla Ylander, Leg Sjuksköterska och barnmorskestudent

Tfn: xxxxxx

Mail:xxxx

Handledare: Marianne Johansson
Instutionen för Vårdvetenskap, Högskolan i Borås
Marianne.Johansson@hb.se

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Mona Lundahl och Camilla Ylander genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Ort och datum

Namnteckning

Bilaga 2



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Information och samtycke till deltagande

Vi är två barnmorskestudenter som studerar vid Högskolan i Borås. I utbildningen ingår det att skriva ett examensarbete på magisternivå, omfattande 15 hp. I detta examensarbete ska vi fördjupa oss i ett område inom ramen för barnmorskors arbete.

Under hösten 2011 kommer vi att intervjua barnmorskor på ungdomsmottagning. Vi önskar undersöka era reflektioner kring tonåringars svåra menstruationsmärtnor. Vi vänder oss till Dig som är barnmorska på ungdomsmottagning och som möter tonåringar i ditt arbete och som arbetat minst ett år.

Genom intervjuer på din arbetsplats, efter avtalad tid, kommer studien genomföras. Intervjuerna spelas in med bandspelare och kommer att vara ca 30-60 minuter. Dessa kommer att skrivas ut och analyseras. Text och inspelningar kommer att behandlas konfidentiellt och resultatet redovisas så att ingen enskild person kan identifieras. Efter genomfört examensarbete raderas all datainsamling. Vid intresse av forskningsresultat vänligen ta kontakt med oss författare.

Deltagande är frivilligt och Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att ange anledning.

Med vänliga hälsningar

Mona Lundahl, Leg. Sjuksköterka och barnmorskestudent
Tfn: xxxx
Mail: xxxx

Camilla Ylander, Leg. Sjuksköterska och barnmorskestudent
Tfn: xxxx
Mail: xxxx
Handledare: Marianne Johansson
Institutionen för Vårdvetenskap, Högskolan i Borås
Marianne.Johansson@hb.se

Tillstånd har erhållits av verksamhetschefen på din arbetsplats.
Jag har muntligt och skriftligt fått ovanstående information samt samtycker till att delta.

Ort och datum

Namnteckning

Bilaga 3

Meningsenhet	Underkategori	Kategori
Alltså, det är lite mer magkänsla faktiskt. Alltså det här känns lite smårlurigt.	Nuvarande bedömningsunderlag	Klara riktlinjer
..önskar att det skulle komma en gynekolog som skulle komma ut på ungdomsmottagningen.	Kontakten med läkare	
..när man inte känner att man har tillräcklig kunskap eller inte har tillräckligt med tid så frågar man inte om det.	Behov av bättre instrument	

Bilaga 4

Endometriosis-ARG

Endometriosis hos den unga kvinnan

Syftet med denna vägledning är att hjälpa sjukvårdspersonal att identifiera de unga kvinnor som möjligen har endometriosis och att hänvisa dem till gynekolog.



Vad är endometriosis?

Livmoderslemhinna som finns utanför livmodern. Ger ofta upphov till lokala blödningar och inflammation som kan leda till bland annat smärtor. För fördjupning rekommenderas ARG-rapporten om endometriosis (se nedan).

Symtom förenliga med endometriosis (rangordnat efter förekomst)

1. Menstruationssmärter
2. Ägglossningssmärta
3. Mer sammanhängande smärta/kronisk smärta
4. Blödningsrubbningsar
 - i. Rikliga menstruationer
 - ii. Korta cykler
 - iii. Mellanblödningar
5. Trötthet och energilöshet
6. Symtom förenliga med funktionell buksmärta/colon irritabile (IBS)
7. Smärtor vid tarmtömning
8. UVI-liknande besvär men inte sveda vid vattenkastning
9. Djup samlagssmärta
10. Subfertilitet/infertilitet

Sjukhistoria förenlig med endometriosis

Ofta hemma från skolan/jobbet

Sökt upprepade gånger för symtom förenliga med endometriosis

Fortsatta smärtor trots hormonell antikonception

Upplever sig missförstådda

Fått höra att besvären är psykosomatiska

Fått höra att så här ont har alla och det går över när man fött barn

Uttrycker besvikelse över tidigare bemötande

Sekundära livsstilsförändringar

Relationsstörningar

Genomgått behandlingar för cervicit/endometrit/salpingit utan förbättring

Genomgått behandlingar för UVI utan förbättring
Genomgått tarmutredning utan positiva fynd eller fått diagnosen funktionell
buksmärta/colon irritabile (IBS)
Förvånad över att ej ha blivit gravid trots bristfällig preventivmedelsanvändning

Vid misstanke om endometriosis

Gynekologbedömning för adekvat handläggning och information.
Kvinnan måste inte genomgå fullständig gynekologisk undersökning men
ultraljudsundersökning är som regel av värde.

ARG-rapporten ”Endometriosis” kan rekvireras via SFOG-kansliet, Drottninggatan 55,
111 21 Stockholm. Fax nr. 08-22 23 30. Internet www.sfog.se/ARGbest.html