

BSYBAC

Bacheloroppgave i Sykepleie

Lidelse ved endometriose



**Universitetet
i Stavanger**

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 02.01.24]

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Endometriose er en sykdom som kan medføre store lidelser og ha stor innvirkning på de rammede kvinnenes liv. Til tross for dette er det mangel på kunnskap om sykdommen blant helsepersonell. Ved å øke bevisstheten rundt endometriose kan sykepleiere bidra til at kvinnene blir bedre ivaretatt. Nettopp derfor trengs det forskningsbasert kunnskap om hvordan lidelse kan lindres hos denne pasientgruppen.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å beskrive opplevd lidelse hos pasienter med endometriose. Videre ønsker vi å undersøke hvordan sykepleier i spesialisthelsetjenesten kan bidra til å lindre lidelse hos denne pasientgruppen.

Metode

Integrativ litteraturstudie ble brukt som metode, der fem vitenskapelige artikler ble nøye analysert. Resultatene fra studiene, relevant litteratur og egne refleksjoner danner grunnlaget for denne oppgaven.

Resultater

Kvinnene opplevde at endometriose medførte lidelse i form av sterke fysiske smerter, å ikke bli trodd av helsepersonell og utfordringer med relasjoner. Ikke-medikamentelle smertelindringstiltak var en viktig del av å lindre fysiske smerter. For at sykepleier skal kunne møte og ivareta kvinnene på best mulig måte er det behov for å øke sykepleieres kunnskap om endometriose. For å lindre lidelse er det også viktig å møte kvinnene med endometriose som individuelle unike mennesker. Sykepleier kan lindre lidelse ytterligere ved å involvere pårørende.

Nøkkelord

Sykepleie, endometriose, lidelse, lindre lidelse, fysiske smerter, anerkjennelse, sosiale relasjoner, pårørende, GSD, kunnskap

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemformulering.....	1
1.3 Hensikt.....	2
1.4 Begrepsavklaring	2
2.0 Teoridel	3
2.1 Endometriose	3
2.2 Katie Eriksson.....	3
2.2.1 Sykdomslidelse	3
2.2.2 Livslidelse	4
2.2.3 Pleielidelse	4
2.3 Joyce Travelbee	5
2.4 GSD	5
3.0 Metode	6
3.1 Hva er metode?	6
3.2 Integrativ litteraturoversikt	6
3.3 Søkeprosessen.....	6
3.3.1 Valg av søkestrategi	6
3.3.2 Valg av databaser	7
3.3.3 Valg av søkeord.....	7
3.3.4 Valg av artikler	8
3.4 Analyse av artikler.....	10
4.0 Resultater	11
4.1 Fysisk smerte	11
4.1.1 Et liv med smerter	11
4.1.2 Sykepleiers smertevurdering	11

4.1.3 Smertelindring.....	11
4.2 Å ikke bli trodd av helsepersonell	12
4.2.1 Møte med helsepersonell.....	12
4.2.2 Anerkjennelse	13
4.3 Utfordringer med relasjoner	13
4.3.1 Sosial tilbaketrekning.....	13
4.3.2 Støtte i nære relasjoner	14
5.0 Diskusjon.....	16
5.1 Metodediskusjon.....	16
5.1.1 Land og arena for forskningen	16
5.1.2 Forskernes bakgrunn og etiske hensyn	17
5.1.3 Studienes deltakere	17
5.1.4 Kvalitativ tilnærming som metode	18
5.1.5 Integrativ litteraturstudie som metode	19
5.2 Resultatdiskusjon.....	20
5.2.1 Sykdomslidelse	20
5.2.2 Livslidelse	21
5.2.3 Pleielidelse	22
6.0 Anvendelse i praksis.....	24
Litteratur.....	26
Vedlegg 1. Søkelogg.....	30
Vedlegg 2. Litteraturmatrise	31

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Under partilederdebatten til TV2 6. september 2023 fikk tidligere statsminister Erna Solberg spørsmål om Norge bør innføre rett til fri når det trengs under menstruasjon. Da uttalte hun seg slik: «Jeg har klart å være på jobb i alle årene med dette, og jeg har noen år med menstruasjonsperioder» (Vikøren, 2023, 01:20:55-01:21:16). Det at ikke en gang en av Norges fremste partiledere uttrykker forståelse for endometriose understreker hvor stor kunnskapsmangel det faktisk er rundt sykdommen. Dette vekket interessen for bacheloroppgavens tema. Kunnskapsmangelen gjenspeiles i hele samfunnet, inkludert helsevesenet (Sex og samfunn, u.å.). I praksis har vi opplevd at sykepleiere har avfeid smerter relatert til endometriose. Sykepleierne har da hatt en oppfatning av at pasientene ikke klarte å håndtere menstruasjonssmertene grunnet lav smerteterskel. Til tross for at pasientene har fremstått svært smertepåvirket har de ikke blitt møtt med samme omsorg som andre smertepåvirkede pasienter.

Vi ønsker at kvinner med endometriose skal oppleve et bedre møte med sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. Derfor ønsker vi å øke bevisstheten rundt sykdommen og få en bedre forståelse for lidelsene kvinnene opplever. Vi ønsker også å undersøke hvordan sykepleiere kan hjelpe pasientene og lindre lidelse.

1.2 Problemformulering

Kvinner med endometriose har et varierende behov for sykepleie. Mesteparten av kvinnene er ikke avhengig av helsevesenet i hverdagen, og forsøker å mestre sykdommen på egen hånd. Sykepleiere i spesialisthelsetjenesten kan likevel møte denne pasientgruppen i akuttmottak, gynekologisk avdeling og poliklinikk i forbindelse med blant annet diagnostisering, behandling eller forverring av sykdom. Å få en kronisk sykdom har ofte en betydelig innvirkning på livene til pasientene. I tillegg til de lidelsene endometriose i seg selv medfører, kan det oppstå flere unødvendige lidelser gjennom pleien. Som nevnt tidligere, opplever disse kvinnene å bli møtt med uvitenhet. Dette medfører at samtidig som kvinnene gjennomgår lidelse, må de også kjempe for å bli sett og hørt. Sykepleiere kan spille en viktig rolle i møte med pasienten og ha innvirkning på pasientens opplevelse av å bli anerkjent.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å beskrive opplevd lidelse hos pasienter med endometriose. Videre ønsker vi å undersøke hvordan sykepleier i spesialisthelsetjenesten kan bidra til å lindre lidelse hos denne pasientgruppen.

1.4 Begrepsavklaring

Lidelse. Ifølge Eriksson (2005) er lidelse en del av det å leve. Hun forklarer at uten lidelse hadde livet vært tomt og uten følelser. Videre beskriver Eriksson lidelse som noe ondt og at det ikke er noen mening i selve lidelsen. Mennesket kan selv tilskrive lidelsen mening (s. 13). Dette betyr at lidelsesbegrepet omfatter mye, men det som kjennetegner lidelse er at det er noe vondt som vi mennesker ikke kan unngå.

2.0 Teoridel

2.1 Endometriose

Omtrent en av ti kvinner lever med den kroniske sykdommen endometriose (Endometrioseforeningen, u.å; Kristoff, 2022, s. 413). Ved sykdommen vokser vev som ligner slimhinnen i livmoren, endometrium, utenfor livmoren. Vevet kan eksempelvis vokse på eggledere, eggstokker, bukhinne, tarmer eller urinblære (Kristoff, 2022, s. 413). Til tross for at slimhinnen ikke befinner seg i livmoren, blir også denne stimulert under menstruasjon. Ettersom blødningen ikke har noen naturlig drenering, samles det i blodfylte cyster (Jerpseth, 2022, s. 198). Årsaken til endometriose er ikke helt kartlagt, men det er mulig en arvelig faktor (Endometrioseforeningen, u.å.).

Kvinner med endometriose kan oppleve varierende grad av symptomer fra ingen plager til mer eller mindre kroniske smerter (Kristoff, 2022, s. 413). Flere av kvinnene opplever sterke smerter ved menstruasjon, dysmenoré, og ved samleie, dyspareuni (Jerpseth, 2022, s. 198). Andre vanlige plager er tyngdefornemmelse i underlivet og infertilitet (Kristoff, 2022, s.413).

Diagnosen stilles gjennom en laparoskopisk undersøkelse (Jerpseth, 2022, s. 198). Da forsøkes det å fjerne så mye endometriose som mulig ved å brenne eller fjerne forandringene. Videre er behandlingen avhengig av symptomene. Ved smerter kan smertestillende legemidler som NSAIDS eller hormonbehandling forsøkes. I alvorlige tilfeller settes kvinnen i en forbigående kunstig overgangsalder (Kristoff, 2022, s. 414).

2.2 Katie Eriksson

Sykepleieteoretikeren Katie Eriksson (2005, s. 13) har beskrevet flere fenomener rundt lidelsesbegrepet innen sykepleie. Ifølge Eriksson (2005) møter vi tre forskjellige former for lidelse i sykepleien: sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse. Hun presiserer at de tre lidelsesformene ofte går over i hverandre, og at de kan være vanskelige å skille (s. 66).

2.2.1 Sykdomslidelse

Sykdomslidelse er den lidelse som oppleves i forhold til sykdom og behandling. Eriksson (2005) skiller mellom fysisk smerte og sjelelig lidelse. Fysisk smerte er en vanlig årsak til lidelse i forbindelse med sykdom. Selv om lidelsen kan oppfattes fysisk, rammes ofte hele det lidende mennesket. Sjelelig lidelse forårsakes av opplevelser av skam eller skyld knyttet til sykdommen eller behandlingen. Dette kan delvis oppleves av pasienten selv og delvis oppstå

grunnet fordømmende holdninger blant pleiepersonalet. Sjelelig lidelse er nært tilknyttet pleielidelse (s. 66-67).

2.2.2 Livslidelse

Sykdom berører hele menneskets livssituasjon. Livslidelse er knyttet til alt som innebærer å leve. Lidelsen kan innebære alt fra en trussel mot pasientens eksistens til å ikke lenger mestre å fullføre ulike sosiale oppgaver. Eriksson beskriver videre at fysiske smerter virker lammende på hele mennesket og kan endre livssituasjonen (Eriksson, 2005, s. 74-75).

2.2.3 Pleielidelse

Pleielidelse er den lidelse som oppleves i forhold til pleiesituasjonen (Eriksson, 2005, s. 66). Ifølge Eriksson (2005) finnes det ulike former for pleielidelse. Hun har sammenfattet lidelsen i følgende kategorier: krenking av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse og uteblitt pleie (s. 69).

Krenking av pasientens verdighet er den vanligste formen for pleielidelse, og alle former for pleielidelse kan føres tilbake til denne. Verdighet er forbundet med menneskets absolutte verdi. Å krenke pasientens verdighet innebærer å frata pasienten muligheten til helt og fullt å være menneske. Krenkelsen kan eksempelvis skje ved at sykepleier ikke «ser» mennesket og gir det plass (Eriksson, 2005, s. 70).

Fordømmelse og straff er nært knyttet til krenking av pasientens verdighet. Fordømmelsen skyldes en oppfatning av at det er sykepleiers oppgave å avgjøre hva som er riktig og galt for pasienten. Fordømmelse henger ofte sammen med straff. Et eksempel på straff er at sykepleier bevisst overser pasienten (Eriksson, 2005, s. 73).

Å utøve makt er en annen måte å påføre andre lidelse på. Maktutøvelse i sykepleie kan vise seg i forskjellige situasjoner i varierende grad. Det å ikke ta pasienten alvorlig er en måte sykepleier kan utøve makt, da det kan gi pasienten en følelse av maktesløshet (Eriksson, 2005, s. 73-74).

Uteblitt pleie kan være fravær av pleie eller sykepleie der omsorgsdimensjonen mangler. Lidelsen handler om sykepleiers manglende evne til å se og bedømme hva pasienten behøver.

Det finnes mange former for uteblitt pleie som strekker seg fra små forseelser til bevisst utelatelse av stell (Eriksson, 2005, s. 74).

2.3 Joyce Travelbee

Sykepleieren Joyce Travelbee (1971, gjengitt i Eide & Eide, 2017) var opptatt av å se pasienten som et enestående individ. Hennes begrep for dette var menneske-til-menneske-forholdet. For å oppnå et slikt forhold av gjensidig forståelse må sykepleier og pasient sammen gå gjennom flere faser i prosessen (s. 365, 367).

I det innledende møtet kjenner ikke pasienten og sykepleieren hverandre, og oppfatter ikke hverandre som unike individer (Kristoffersen, 2021, s. 255). Ifølge Travelbee (1971, gjengitt i Eide & Eide, 2017, s. 367) begynner både pasient og sykepleier å anerkjenne hverandre som unike mennesker i den neste fasen. Sykepleieren og pasienten etablerer da et bånd til hverandre. Den tredje fasen i etablering av et menneske-til-menneske-forhold handler om empati, noe som er nødvendig for at sykepleier skal kunne forstå pasienten. Travelbee (1971, gjengitt i Eide & Eide, 2017, s. 367) definerte empati som evnen til å gå inn i eller ta del i og forstå et annet individs aktuelle psykiske tilstand. Sympati blir et resultat av den empatiske prosessen og innebærer et ønske om å hjelpe pasienten med å lindre lidelse. Etter å ha gjennomgått de fire fasene, har forholdet mellom sykepleier og pasient utviklet seg mot gjensidig forståelse og kontakt. Dette innebærer at de har en spesiell evne til å forstå hverandre. Travelbee (1971, gjengitt i Eide & Eide, 2017, s. 367-368) beskrev den siste fasen som en dynamisk prosess basert på gjensidig tillit som oppleves som meningsfull for begge parter.

2.4 GSD

Guided Self-Determination er en metode og et dialogverktøy som har til hensikt å hjelpe pasienten med å mestre sine utfordringer. Metoden gjennomføres ved at helsepersonell har flere refleksjonssamtaler med pasienten over en lengre periode. Før samtalene reflekterer pasienten over sin situasjon og utfordringer ved hjelp av et refleksjonsskjema. Det er dette som blir utgangspunktet for samtalen. Metoden er spesielt godt egnet for pasienter med komplekse sykdomstilstander som gjør det utfordrende å mestre sykdommen (Guided Self-Determination, u.å.). Videre i denne oppgaven vil vi omtale Guided Self-Determination som GSD.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Metode handler i stor grad om fremgangsmåter for å kunne hente inn informasjon og komme fram til ny kunnskap (Aubert, 1985, gjengitt i Dalland, 2020, s. 53). Det finnes ulike metoder, og det er mulig å anvende en kombinasjon av flere metoder. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er avhengig av hensikten. Kvalitative og kvantitative metoder er godt egnet for å få en bedre forståelse for enkeltmennesker og grupper (Dalland, 2020, s. 54).

De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2020). Metoden går i bredden og blir brukt for å gi en forklaring på et fenomen. Spørreskjema og strukturerte observasjoner blir ofte brukt for å komme frem til resultatene. Ved denne metoden kommer som regel det representative frem (s. 54-55).

Kvalitativ metode egner seg derimot godt til å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle (Dalland, 2020). Ved kvalitativ metode går en i dybden ved å blant annet gjennomføre intervjuer. På den måten innhentes opplysninger som kan formidle en dypere forståelse av menneskelige fenomener. I motsetning til kvantitativ metode, får en frem det særegne (s. 54-55).

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Denne oppgaven er basert på integrativ litteraturoversikt (Friberg, 2017) med utgangspunkt i fem allerede publiserte vitenskapelige artikler. For å gjøre en integrativ litteraturstudie etter Friberg (2017) foretas først en datareduksjon fra valgte artikler. Deretter settes dataene inn i en tabell for å skape oversikt. Neste steg er å sammenligne dataene for å finne likheter og ulikheter. Til slutt kan man trekke konklusjoner og verifisere hvordan dataene henger sammen. Ved å gjøre dette tar man deler fra de ulike artiklene og setter dem sammen til en ny helhet (s. 148-150).

3.3 Søkeprosessen

3.3.1 Valg av søkestrategi

Vi har valgt å anvende søkestrategien strukturert litteratursøk. Denne strategien innebærer å utarbeide noen kriterier som kan begrense søkingen (Dalland, 2020, s. 148). Etersom forskning er stadig i endring, var et kriterium at forskningen ikke skulle være eldre enn ti år

(Lyckhage, 2017, s. 25). Derfor avgrenset vi søket til perioden fra 2013 til 2023. I tillegg avgrenset vi søket til artikler som er fagfellevurdert. Videre ønsket vi forskning som kunne sammenlignes med det norske helsevesenet. Derfor valgte vi å ha en geografisk avgrensning til Europa. Vi erfarte at det oppsto feil ved bruk av databasenes geografiske avgrensningsfunksjon, dermed analyserte vi dette manuelt. En annen aktuell avgrensning i søket var språk. For å sikre best mulig forståelse valgte vi å avgrense til skandinaviske språk og engelsk.

3.3.2 Valg av databaser

For å finne vitenskapelige forskningsartikler som samsvarte med vår hensikt, brukte vi relevante databaser til å søke. Databasene fant vi gjennom Oria som er universitetets søkemotor. Vi søkte i de helsevitenskapelige databasene British Nursing Index, Cinahl, Idunn, Pubmed og SveMed+. Etter mye søking og vurdering endte vi opp med fire artikler fra Cinahl og en artikkel fra Pubmed.

3.3.3 Valg av søkeord

I søkeprosessen benyttet vi engelske søkeord da databasene inneholdt en overvekt av engelske artikler. «Endometriosis» ble et nøkkelord i alle søk. Videre brukte vi søkeordene «quality of life», «nurs*», «caring», «health promotion» og «experience». Det ble også tillagt ord med tilsvarende betydning og synonymitet. Søkeordene ble benyttet med ulike sammensetninger, i kombinasjon med AND eller OR. Ved bruk av AND ble søket smalere, da vi bare fikk treff på artikler som omhandlet de aktuelle søkeordene. Søkekombinasjoner med OR ble anvendt i forbindelse med synonymer. Da vi søkte på «nurs*» tok vi i bruk trunkering slik at vi fikk treff på alle de ulike bøyingsformene av ordet (Östlundh, 2017, s. 68).

De utvalgte artiklene ble funnet gjennom tre ulike søkekombinasjoner. Den første søkekombinasjonen bestod av: «Endometriosis AND Nurs* OR Caring AND Quality of life», og ga totalt sju treff. Neste søk bestod av søkeordene: «Endometriosis AND Health promotion AND Quality of life». Med denne kombinasjonen av søkeord fikk vi ti treff. Det siste søket bestod av søkeordene: «Endometriosis AND Health personnel OR Health professional OR Nurs* AND Experience», og ga 20 treff. Se vedlegg 1 for søkelogg.

3.3.4 Valg av artikler

Ved hjelp av søkeordene kom vi frem til fem aktuelle artikler. Vi vurderte at kvalitative studier passet best med vår hensikt ettersom kvalitative metoder egner seg godt for å få en dypere forståelse av menneskers opplevelser. En del artikler ble i denne sammenheng ekskludert ettersom de ikke hadde kvalitativ tilnærming. En av de valgte artiklene hadde sykepleieperspektiv, mens de resterende fire hadde pasientperspektiv. Vi ønsket artikler fra begge perspektivene for å svare best mulig på oppgavens hensikt. I søkeprosessen var det en del studier vi måtte ekskludere da de hadde legens perspektiv. Vi ønsket også at artiklene fulgte IMRAD-struktur, da dette er mye brukt som norm for oppbygging av forskningsartikler (Dalland, 2020, s. 157). Ved å lese gjennom artiklene konkluderte vi med at de var relevante for hensikten. Videre vurderte vi hensikten til artiklene og metodene forskerne hadde brukt. Vi sjekket også inklusjons- og eksklusjonskriterier, og om resultatene samsvarte med hensikten vår. For å vurdere artiklenes kvalitet sjekket vi tidsskriftene artiklene var publisert i. Deretter undersøkte vi også om forskningen var utført av forskere med faglig relevant bakgrunn. Det var viktig for oss at forskerne hadde tatt etiske hensyn ved gjennomføring av forskningen. Videre kontrollerte vi om artiklene samsvarte med avgrensningene vi hadde til språk, geografi og publikasjonsdato. De fem utvalgte artiklene oppfylte alle krav. Tabell 1 viser en enkel oversikt over artiklene, og vedlegg 2 viser en detaljert oversikt.

Tittel og årstall	Forfattere og land	Hensikt	Perspektiv	Metode
«The double-edged experience of healthcare encounters among women with endometriosis: A qualitative study» 2018	Grundström, H., Alehagen, S., Kjølhede, P. & Berterö, C. Sverige	Hensikten med studien er å identifisere og beskrive opplevelser pasienter med endometriose har i møte med helsepersonell.	Pasient.	Dataene ble analysert etter Moustakas modifisering av Stevick-Colaizzi-Keen metoden med tolkning.
«Postoperative Pain Management: A Bedside Perspective» 2018	Bach, A. M., Forman, A. & Seibaek, L. Danmark	Å undersøke hvordan sykepleier håndterer postoperative smerter relatert til kvinner som er innlagt med endometriose.	Sykepleier.	Kvalitativ metode med systematisk analyse.
«About me as a person not only the disease- piloting Guided Self-Determination in an outpatient endometriosis setting» 2020	Simonsen, S. M., Strømberg, C., Zoffmann, V., Hartwell, D. & Olesen, M. L. Danmark	Hensikten med studien er å vurdere om det er mulig å igangsette Guided Self-Determination (selvmestringsmetode) for kvinner med endometriose.	Pasient.	Kvalitativ metode med tematisk analyse etter Braun og Clarke.
«'So many women suffer in silence': a thematic analysis of women's written accounts of coping with endometriosis» 2018	Grogan, S., Turley, E. & Cole, J. England	Å forstå kvinners erfaringer med å mestre endometriose og hvordan det påvirker deres liv.	Pasient.	Kvalitativ metode med tematisk analyse etter Braun og Clarke.
«Challenges of and possible solutions for living with endometriosis: a qualitative study» 2022	Márki, G., Vásárhelyi, D., Rigó, A., Kaló, Z., Ács, N. & Bokor, A. Ungarn	Hensikten med studien er å få mer kunnskap om kvinners utfordringer med endometriose, og om deres muligheter, og mestringsstrategier i forhold til de negative innvirkninger som følge av sykdommen.	Pasient.	Kvalitativ metode med innholdsanalyse ved hjelp av ATLAS.ti.

Tabell 1: Oversikt over artikler

3.4 Analyse av artikler

Vi brukte Friberg (2017, s. 135-137) sin modell for å analysere de utvalgte artiklene. Da vi satte i gang med analysearbeidet leste vi grundig gjennom artiklene flere ganger for å finne det viktigste fra hver artikkel. I dette arbeidet brukte vi fargekoder og markerte viktige punkter i tekstene. Vi hadde særlig fokus på artiklenes resultater ettersom de danner grunnlaget for oppgaven vår. Deretter laget vi et sammendrag basert på resultatene. Videre foretok vi en datareduksjon ved å velge ut nøkkelfunn som samsvarte med vår hensikt. Nå hadde vi flere deler som kunne settes sammen til en ny helhet. Videre vurderte vi likheter og ulikheter i resultatene for å kunne identifisere et felles mønster i dataene. For å skape en oversikt over analysearbeidet, plasserte vi dataene inn i en tabell. Vi kom da frem til tre hovedkategorier og sju underkategorier som er presentert i tabell 2.

Hovedkategorier	Underkategorier
Smerter	Fysisk smerte Sykepleiers smertevurdering Smertelindring
Ikke bli trodd	Møte med helsepersonell Anerkjennelse
Utfordringer med relasjoner	Sosial tilbaketrekning Støtte i nære relasjoner

Tabell 2: Oversikt over kategorier

4.0 Resultater

4.1 Fysisk smerte

4.1.1 *Et liv med smerter*

Samtlige av kvinnene i studien til Grogan et al. (2018, s. 1368) påstod at fysisk smerte var det mest forstyrrende aspektet ved endometriose. Kvinnene forklarte at smertene påvirket store deler av livet, som blant annet jobb, sosiale relasjoner og aktiviteter. Også i Márki et al. (2022, s. 3) sin studie kom det fram at kroniske bekkensmerter, dysmenoré og dyspareuni var fremtredende symptomer ved endometriose. Studien til Grundström et al. (2018, s. 207) nevner også at blødning og fysisk ubehag begrenset og kontrollerte livene til deltakerne.

Stikkende, brennende, kvalmende og kvelende er ord informantene i studien til Grogan et al. (2018, s. 1369) brukte for å beskrive de sykdomsrelaterte smertene. Det fysiske ubehaget ble videre beskrevet som uutholdelig og en av informantene fortalte at hun hadde besvimt som følge av smertene gjentatte ganger. «Every day is painful. Every step is painful. Mostly the pain is in my abdomen but my back and legs also suffer» (Grogan, et al., 2018, s. 1369) er en av informantenes forklaring på opplevd smerte relatert til sykdommen.

4.1.2 *Sykepleiers smertevurdering*

I Bach et al. (2018, s. 613) sin studie kom det fram at pasientenes aktivitetsnivå og kroppsspråk var viktige faktorer når sykepleierne på gynekologisk avdeling skulle vurdere smertenivået. Pasientene ble observert og vurdert basert på sykepleiernes kliniske erfaring. Det ble sjelden observert at pasientenes egen vurdering ble inkludert. Flere av sykepleierne fortalte at de var kritiske til å vurdere smerter basert på smerteskala. Årsaken til dette var at sykepleierne var usikre på pasientens vurderingsevne. En av sykepleierne forklarte dette nærmere:

... when you are taking care of that kind of patient, who says she has perhaps a VAS score of 9, and you see her walking along the hallway, and you think 'Ah, this can't really be right, she wouldn't be able to do this with that kind of pain'. (Bach et al., 2018, s. 614)

4.1.3 *Smertelindring*

Rutinene for smertelindring på gynekologisk avdeling varierte etter ulike smerter, ifølge studien til Bach et al. (2018, s. 614). Noen ganger fant sykepleier analgetika umiddelbart. Andre ganger ble det observert en mer kompleks prosess med flere steg før pasientene fikk

smertelindring. Bach et al. (2018, s. 615) observerte også noen fleksible sykepleiere som etterfulgte pasientenes foretrukne rutine for smertelindring. Analgetika ble ofte brukt i smertelindringen av pasientene, men sykepleierne hadde også flere ikke-medikamentelle tiltak som de anvendte. Varme i form av varmeflasker ble flittig brukt i smertelindringen på avdelingen. Et annet ikke-medikamentelt tiltak som ble observert var emosjonell støtte. Sykepleierne var da til stede hos pasienten (Bach et al., 2018, s. 614).

4.2 Å ikke bli trodd av helsepersonell

4.2.1 Møte med helsepersonell

I tre av studiene fortalte deltakerne at helsepersonell normaliserte symptomer på dysmenoré (Grogan et al., 2018, s. 1369; Grundström et al., 2018, s. 208; Márki et al., 2022, s. 5).

Samtlige av deltakerne i studien til Grogan et al. (2018, s. 1369) opplevde at symptomene ikke ble tatt på alvor. Det å ikke bli trodd førte til at kvinnene mistet troen på helsepersonell og følte seg sviktet av helsevesenet generelt. Deltakerne i studien til Grundström et al. (2018, s. 207) beskrev også opplevelser knyttet til å ikke bli trodd av helsepersonell. Flere av kvinnene ble møtt med en holdning om at de hadde lav smerteterskel eller innbilte seg symptomene: «And then I sought help, but you were almost treated like an idiot when you called the healthcare services. Menstrual pain is something all girls have. Well, just take some painkillers and it will pass» (Grundström et al., 2018, s. 209). Kvinnen i dette sitatet opplevde at smertene hennes ble normalisert og ikke tatt alvorlig. Da hun oppsøkte hjelp, fikk hun beskjed om å ta smertestillende.

Grundström et al. (2018, s. 209) delte møtene med helsepersonell i konstruktive og destruktive møter. Samtlige av studiens deltakere hadde erfart begge møtene. Det som kjennetegnet de konstruktive møtene, var at kvinnene ble anerkjent av helsepersonell. På denne måten følte kvinnene seg sett og bekreftet. Dette innebar at kvinnene kunne si det de ønsket uten å føle at de skulle bli dømt for det. De destruktive møtene var derimot preget av at kvinnene kjente seg usynlige ettersom helsepersonell ikke viste interesse for å forstå deres problemer. Det siteres følgende fra en av deltakerne: «I was given advice like 'start exercising or something'. It made me feel as if I was being ridiculed» (Grundström et al., 2018, s. 208). Flere av kvinnene hadde opplevd distanse fra helsepersonell i form av blant annet mangel på øyekontakt og uengasjerende svar. I studien fremkommer det også at flere av kvinnene følte

seg avhengig av helsepersonells kompetanse ettersom en viktig del av eget liv var under helsepersonellens kontroll (Grundström et al., 2018, s. 208).

4.2.2 Anerkjennelse

Høy sosial intelligens, gode pedagogiske evner og detaljert kunnskap om endometriose var noe av det deltakerne i studien til Grundström et al. (2018, s. 208) anså som gode kvaliteter i møte med endometriosepasienter. Dette innebar blant annet helsepersonells evne til å erkjenne pasientene som individuelle, unike mennesker. En av informantene fortalte at hun var glad i å bruke humor og satte derfor pris på helsepersonell som kunne spøke. Også deltakerne i studiene til Grogan et al. (2018, s. 1370) og Simonsen et al. (2020, s. 1021) presiserte viktigheten av at helsepersonell har bedre forståelse for endometriose. En av informantene uttrykte dette slik: «The nurse had the knowledge and understood... I felt very safe» (Simonsen et al., 2020, s. 1021). Kvinnen følte seg trygg grunnet sykepleiers kunnskap og forståelse.

4.3 Utfordringer med relasjoner

4.3.1 Sosial tilbaketrekning

Flere kvinner oppga at de ikke delte problemene sine med andre fordi de opplevde at ingen forstod: «There are many who say: 'You do not look like someone who have such a pain' but that is because I am used to having pain every day» (Simonsen et al., 2020, s. 1020). Det at smertene og symptomene knyttet til endometriose er usynlige, gjorde det vanskelig for andre å forstå sykdommen (Simonsen et al., 2020, s. 1020). Kvinnene i studien til Grogan et al. (2018, s. 1372) opplevde mangel på forståelse og empati fra pårørende. Flere av deltakerne erfarte at venner, familie og kollegaer ikke anerkjente endometriose som en reell sykdom. De uttrykte bekymring over at de skulle bli ansett som noen som ikke klarte å håndtere vanlige menstruasjonssmerter. Grunnet dette følte kvinnene at de måtte skjule symptomene, og det påvirket det intime forholdet. Det resulterte i økt skyldfølelse og økt isolasjon:

As time has gone on, I have managed to hide these symptoms and get on with things, but it's my husband who then has to put up with me on the weekends not able to function and in tears due to a feeling of being overwhelmed with everything, from working, and socialising. And I find myself arguing with him for no apparent reason. (Grogan et al., 2018, s. 1372)

Deltakerne opplevde også at usikkerhet påvirket det intime forholdet negativt. Det var utfordrende å trygge og forklare partnerne sine. Noen av kvinnene erfarte at ikke alle forhold

tålte utfordringene som sykdommen kan medbringe: «It [endometriosis] cost me my marriage...» (Márki et al., 2022, s. 4).

Å unngå sosiale settinger var en mestringsstrategi flere av kvinnene i studien til Grogan et al. (2018, s. 1370) brukte. Kvinnene opplevde å miste sin sosiale omkrets grunnet at de ofte endret planer og avlyste avtaler. Dette førte til mye frustrasjon blant vennene deres. I frykt for å bli dømt av vennene sine, følte kvinnene at de måtte lyve om årsaken til endringene av planene. En av kvinnene fortalte at sosial tilbaketrekning har ført til problemer i ekteskapet og at vennene ikke lenger prøvde å opprettholde vennskapet (Grogan et al., 2018, s. 1370-1371). Pårørendes mangel på adekvat informasjon og følelse av hjelpeløshet påvirket også kvinnenes relasjoner (Márki et al., 2022, s.4).

4.3.2 Støtte i nære relasjoner

Kvinnene i Márki et al. (2022, s. 7) sin studie ga uttrykk for at det var viktig med sosial støtte, spesielt fra sin partner: «I cannot tell you how much it helps when he [male partner] stands by you» (Márki et al., 2022, s. 7). Deltakerne informerte om at de taklet sykdomsutfordringene bedre når de hadde gode støttespillere. Alle informantene var enige i viktigheten av å involvere partnere, venner og kollegaer for å øke bevisstheten rundt endometriose. Økt kunnskap blant partnere kan ha langsiktige fordeler i form av støtte til de rammede kvinnene (Márki et al., 2022, s. 7).

Ved å anvende GSD i poliklinikk utviklet deltakerne i Simonsen et al. (2020, s. 1020) sin studie ferdigheter som forbedret deres evne til å håndtere sykdommen over tid. Kvinnene fortalte at de fikk mer utdypende svar i løpet av samtalene sammenlignet med tidligere samtaler med helsepersonell. Ved hjelp av denne metoden opplevde kvinnene at de var likestilt med sykepleieren. Dette gjorde det lettere for informantene å snakke om vanskelige temaer. Deltakerne fikk ny spesifikk kunnskap om endometriose, behandling og symptomer. De fikk også økt kunnskap om seg selv og deres måte å takle sykdommen i hverdagen (Simonsen et al., 2020, s. 1021). Kvinnene i samme studie ble også bedre på å uttrykke sine behov ved hjelp av GSD-metoden. Dette førte til at deltakerne fortalte om endometriose og utfordringer knyttet til sykdommen til venner, familie og kollegaer. En av kvinnene uttalte seg slik:

I ask for help, and they [GSD-endo conversations] have helped me with being more open to everyone. My work [colleagues] had no knowledge about the disease, and therefore I have been able to educate them about it. I realized it is about me. (Simonsen et al., 2020, s. 1021)

5.0 Diskusjon

Diskusjonskapittelet består av to deler. Den første delen er metodediskusjon der vi reflekterer og vurderer anvendt metode. Dette innebærer å drøfte forskningsartiklernes troverdighet og relevans for oppgaven. Den andre delen omhandler resultatdiskusjon der vi skal drøfte resultatene fra forskningsartiklene opp mot vår hensikt. Resultatene vil diskuteres i lys av de tre lidelsesformene.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Land og arena for forskningen

Som vi beskrev i metodekapittelet, ønsket vi artikler som vi kunne sammenligne med det norske helsevesenet. Dermed ønsket vi forskning som er gjennomført i europeiske land. De utvalgte studiene er fra Danmark, Sverige, England og Ungarn, der de skandinaviske studiene på ulike måter er tilknyttet helsevesenet. Under søkeprosessen fant vi to aktuelle artikler som var tilknyttet helsevesenet i asiatiske land. Vi valgte å ekskludere dem grunnet forskjeller fra det norske helsevesenet. Til tross for dette, ser vi i etterpåklokskapens lys at de ekskluderte artiklene kunne ha bidratt til relevant forskning for hensikten vår. Forskingen fra England og Ungarn var ikke direkte tilknyttet helsevesenet, men tar for seg erfaringer og opplevelser knyttet til å leve med endometriose. Dette kan være universelle opplevelser som alle kvinner med sykdommen kan erfare, uavhengig av landegrenser. De utvalgte artiklene ga rike data for vår hensikt, særlig gitt oppgavens tidsramme. Ettersom landene der forskningen er gjennomført er sammenlignbare med norske forhold, mener vi at artiklene bidrar med relevant og verdifull forskning for oppgaven.

I tillegg til å ha forskning fra ulike land, ble forskningen også gjennomført ved ulike arenaer. To av studiene ble gjennomført på sykehus. Studien til Bach et al. (2018, s. 610) ble utført ved en gynekologisk avdeling, og studien til Simonsen et al. (2020, s. 1018) ble gjennomført ved en gynekologisk poliklinikk. De resterende studiene ble gjennomført som digitalt spørreskjema eller intervju på universitet, sykehus eller i deltakernes hjem. I den ene studien fikk kvinnene selv velge arena for intervjuene. Å la deltakerne velge arena kan resultere i mer utfyllende svar ettersom informantene kan være mer avslappet. Vi valgte å bruke forskning fra ulike arenaer i forsøk på å skape en helhetlig forståelse av lidelse ved endometriose.

5.1.2 Forskernes bakgrunn og etiske hensyn

I validering av studienes troverdighet, vurderte vi forskernes faglige bakgrunn. Samtlige av artiklene ble forfattet av forskere med helsefaglig kompetanse. Mange hadde også spesialisering innen seksualitet eller kvinnehelse. De fleste av forskerne var sykepleiere med videreutdanning, men psykologer, leger og professorer deltok også i forskningsarbeidet. Noen av sykepleierne hadde arbeidserfaring fra gynekologisk avdeling og en av psykologene hadde selv diagnosen endometriose. Flere av forskerne hadde også gjennomført andre studier som omhandlet sykdommen. At forskerne har relevant kompetanse og erfaring gjør at vi mener studiene deres fremstår med god troverdighet.

Vi mener videre det er viktig å undersøke om etiske retningslinjer er fulgt. Forskningsetikk handler i stor grad om å ivareta personvern og å sikre at informantene ikke blir påført skade (Dalland, 2020, s. 168). Alle studiene har ivaretatt etiske hensyn ved at studiene har blitt godkjent av ulike etiske komitéer.

5.1.3 Studienes deltakere

En av studiene hadde sykepleiere som informanter, mens i de resterende studiene var informantene kvinner med endometriose. Som nevnt tidligere var det ønskelig å inkludere både sykepleier- og pasientperspektiv. Grunnen til dette er fordi vi ønsket å undersøke hvordan lidelse ved endometriose kan oppleves av pasienten selv. Samtidig kan sykepleiers perspektiv bidra til å få en forståelse for sykepleieres erfaringer med sykdommen. Antall informanter som deltok i studiene varierte fra sju til 34. Ved få informanter legges mer vekt på utfyllende informasjon om deres subjektive opplevelse.

Informantene ble invitert til å delta i forskningsprosjektene på ulike måter. Sykepleierne fra studien til Bach et al. (2018, s. 612) ble invitert av forskerne på et personalmøte. Informantene i Grogan et al. (2018, s. 1367) sin studie ble rekruttert gjennom en nettside for endometriose. Deltakerne fra studien til Márki et al. (2022, s. 2) ble invitert av forskerne gjennom mail etter å ha deltatt i en tidligere studie. I studien til Grundström et al. (2018, s. 206) var det derimot gynekologer som rekrutterte kvinnene i forbindelse med en timeavtale. I studien til Simonsen et al. (2020) kom det ikke frem hvordan informantene ble invitert.

For å innhente troverdige og relevante data hadde forskerne fra de ulike studiene flere inklusjons- og eksklusjonskriterier. Alle studiene hadde et felles kriterium, nemlig en nedre

aldersgrense på 18 år. I tre av studiene var et inklusjonskriterium at kvinnene skulle være diagnostisert med endometriose laparoskopisk eller histologisk. Dette kriteriet var ikke inkludert i Grogan et al. (2018, s. 1367) sin studie da hennes forskning inkluderte kvinner med selvrapportert endometriose. Dette kan ved første øyekast synes å være en svakhet ettersom en ikke er sikret at informantene er diagnostisert. Når dette er sagt, ble deltakerne invitert gjennom en nettside for kvinner med endometriose. Det kan tenkes at kvinner med mer alvorlige symptomer oftere oppsøker slike nettsider. Dermed vurderer vi deltakerne i denne studien som aktuelle. Videre ønsket vi et mest mulig realistisk utvalg av deltakere. Forskerne i Bach et al. (2018, s. 610) sin studie håndplukket sykepleierne som ble intervjuet for å sikre varierende erfaring og kompetanse. Studien til Márki et al. (2022, s. 2) var den eneste studien som tok hensyn til sosial bakgrunn, og inkluderte en homogen sosioøkonomisk gruppe. Til tross for dette, fant vi likheter mellom studien til Márki et al. (2022) og øvrige studier i vår oppgave, noe som styrker resultatene til Márki et al. (2022). Fravær av andre sykdommer og graviditet var et krav i Simonsen et al. (2020, s. 1018) sin studie. Dette styrker studien ved at den ekskluderer andre tilstander som kan påvirke resultatene. Sammenlagt vurderer vi deltakerne i de ulike studiene som hensiktsmessige for denne oppgaven.

5.1.4 Kvalitativ tilnærming som metode

Ettersom vår hensikt var å skape en dybdeforståelse for lidelse ved endometriose, ble kvalitativ forskning mest hensiktsmessig. Metoden gir mulighet for å få en utdypende innsikt i informantenes tanker (Dalland, 2020, s. 55). Alle de utvalgte forskningsartiklene har derfor kvalitativ tilnærming.

Forskerne fra de ulike studiene anvendte forskjellige kvalitative metoder for å innhente data. Bach et al. (2018, s. 610) sin forskning baserer seg på en feltstudie etterfulgt av dybdeintervju med utvalgte sykepleiere. Forskerne får da mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål til observasjonene fra feltstudien, noe som styrker metoden. I Grundström et al. (2018, s. 206) sin studie hadde forskerne også mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål da studien tok i bruk individuelle dybdeintervjuer. En negativ side med denne metoden er at det er vanskelig å vurdere om svarene er gyldige for andre enn akkurat dem som blir intervjuet. Márki et al. (2022, s. 2) baserte sin forskning på fire fokusgruppeintervjuer. Dette vil si dybdeintervjuer med flere deltakere (Olseng & Sundbye, 2021). På denne måten kan informantene påvirke hverandre, som kan ha både positive og negative sider. En fordel med fokusgruppeintervju er at deltakerne kan uttrykke meningene sine mer naturlig enn ved individuelle intervju. Dette

øker sannsynligheten for at nye meninger kommer frem. På den andre siden tenker vi at deltakerne kan oppleve å bli snakket over og glemme å presentere viktige poeng. Simonsen et al. (2020, s. 1018) anvendte både individuelle og fokusgruppeintervju for å innhente data. Ved å kombinere de to metodene kommer informantenes meninger frem, både med og uten påvirkning fra andre deltakere. Grogan et al. (2018, s. 1367) anvendte en helt annen fremgangsmåte ved at informantene svarte anonymt på et digitalt spørreskjema med åpne spørsmål. Deltakerne får da god tid til å reflektere, noe som kan resultere i detaljerte og gjennomtenkte svar. En svakhet er at forskerne ikke får stilt oppfølgingsspørsmål som ved dybdeintervju.

Ettersom studienes formål er å få frem opplevelser og erfaringer knyttet til endometriose, mener vi det har vært hensiktsmessig å bruke kvalitative metoder. Det som undersøkes, må ha relevans og være gyldig for det problemet som undersøkes (Dalland, 2020, s. 43). Vi vurderer derfor at resultatene fra de utvalgte artiklene fremstår med god validitet sett i sammenheng med metodene som er anvendt. Resultatene fra de ulike studiene var sammenlignbare og hadde flere likhetstrekk. Vi mener dette bidrar til å styrke resultatene i vår studie.

5.1.5 Integrativ litteraturstudie som metode

Lidelse ved endometriose er et omfattende tema med lite forskning. Dermed har det vært utfordrende å finne artikler som svarer på oppgavens hensikt. Vi erfarte at forskningen ofte omhandlet livskvalitet. Derfor hadde en annen mulig løsning på oppgaven vært å fokusere kun på livslidelse. Til tross for dette, har vi kommet frem til fem vitenskapelige artikler som vi mener er troverdige og hensiktsmessige for oppgaven vår. For å analysere artiklene brukte vi Fribergs modell. Ved å følge modellen nøye og sette av god tid til analysearbeidet mener vi at analysen er gjennomført på en god måte.

Ved å ta i bruk deler av allerede publisert forskning og sette det sammen til en ny helhet har vi skapt en ny forståelse for endometriose. En svakhet med anvendt metode er at det kan oppstå mistolkninger grunnet språk ettersom samtlige av våre forskningsartikler er skrevet på engelsk. I en oversettelsesprosess er det mulig at vi kan ha oppfattet eller tolket enkelte elementer feil. Det er også mulig at andre med mer kompetanse og erfaring hadde tolket resultatene annerledes. Dersom oppgaven hadde hatt et større omfang, ville vi inkludert mer data fra forskningsartiklene i vår analyse.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Sykdomslidelse

Det finnes flere sykepleietiltak som kan redusere sykdomslidelsen som følger av fysiske smerter ved endometriose. Ifølge Eriksson (2005, s 67) bør den fysiske smerten lindres med alle midler som står til rådighet. Sykepleierne i studien til Bach et al. (2018, s. 614) inkluderte både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak i smertelindringen av opererte endometriosepasienter. I tillegg til analgetika, var varme og emosjonell støtte sentralt.

Vi erfarer at varme ofte blir brukt ved menstruasjonsmerter og dermed egner seg i smertelindringen av endometriose. Varme øker den lokale blodgjennomstrømningen og bidrar sannsynligvis til å hemme overføringen av smerteimpulser i ryggmargen (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 449). Varme i form av varmeflasker ble ofte brukt for å lindre lidelse, ifølge sykepleierne i studien til Bach et al. (2018, s. 614).

Emosjonell støtte i form av tilstedeværelse er et annet ikke-medikamentelt tiltak sykepleierne i studien til Bach et al. (2018, s. 614) anvendte for å lindre lidelse. Emosjonell støtte innebærer blant annet å trøste og hjelpe for å lindre håpløshet, og forskning viser at sykepleiere har en vesentlig rolle med å gi emosjonell støtte til pasientene (Helgesen, 2021, s. 492). Dette er i tråd med Travelbee som mente at sykepleiers ønske om å hjelpe pasienten er en viktig del av å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Eide & Eide, 2017, s. 268). Emosjonell støtte trenger ikke nødvendigvis å bety fysisk nærvær, men å være tilgjengelig for pasienten. Å vite at sykepleier kan tilkalles kan gi et lidende menneske en grunnleggende trygghet for at hun ikke er alene med lidelsen (Kristoffersen & Breievne, 2021, s. 63).

Varme og distraksjon er blant de viktigste ikke-medikamentelle tiltakene sykepleierne benytter, og som pasienter oppgir som virkningsfulle (Lewis et al., 2018, gjengitt i Danielsen & Berntzen, 2022, s. 448). Ikke-medikamentelle tiltak kan lindre godt dersom smerten ikke er sterk (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 448). Mange av kvinnene med endometriose beskriver sterke smerter (Grogan et al., 2018, s. 1369), og vil dermed i de fleste tilfeller også ha bruk for analgetika. Vi tenker at bruken av sterke smertestillende medikamenter likevel kan reduseres ved å anvende gode ikke-medikamentelle smertelindringstiltak. Dermed mener vi eksempelvis emosjonell støtte og varme er viktige tiltak som sykepleier kan bruke for å lindre sykdomslidelse, i tillegg til analgetika.

5.2.2 Livslidelse

Sterke fysiske smerter viste seg gjennomgående i resultatene å ha stor innvirkning på kvinnenes liv (Grogan et al., 2018, s. 1368-1369; Grundström et al., 2018, s. 207; Márki et al., 2022, s. 3). Ifølge Eriksson (2005, s. 67) er smerten sjelden bare fysisk da lidelsen oppleves av mennesket som helhet og kan fange hele menneskets oppmerksomhet. Dette gjenspeiles i studien til Grogan et al. (2018, s. 1368) som beskriver smertene som svært forstyrrende. En av deltakerne brukte ordet uutholdelig for å beskrive den fysiske lidelsen. Sterkt fysisk ubehag kan i stor grad påvirke den lidendes hverdag og livskvalitet.

I forsøk på å mestre sykdommen unngikk flere av kvinnene i studien til Grogan et al. (2018, s. 1370) sosiale settinger. Sosial tilbaketrekning førte blant annet til at kvinnene mistet sosiale relasjoner (Grogan et al., 2018, s. 1370). Ifølge Eriksson (2005, s. 75) er det å oppleve sosial tilbaketrekning og økt isolasjon grunnet sykdom også en form for livslidelse. Pårørendes mangel på adekvat informasjon ble i studien til Márki (2022, s. 4) beskrevet som en sentral årsak til at kvinnene unngikk sosiale sammenkomster. I studien til Grogan et al. (2018, s. 1372) opplevde flere av kvinnene at pårørende ikke anerkjente endometriose som en reell sykdom. Derfor følte kvinnene at de måtte skjule symptomene sine fra pårørende. For å redusere denne lidelsen mener vi det er viktig å involvere pårørende for å øke deres kunnskap om endometriose, dette samsvarer med studien til Márki et al. (2022, s. 7).

Pårørende er en unik ressurs som kan bidra med støtte og motivasjon (Kristoffersen et al., 2021, s. 24). Kvinnene i Márki et al. (2022, s. 7) sin studie beskrev at sosial støtte fra pårørende bidro til at de mestret sykdomsutfordringene bedre. Ifølge Helgesen (2021, s. 490) kan sosial støtte styrke mestringssevnen. Videre forklarer Helgesen (2021, s. 490) at sosial deltakelse og sosial støtte er gunstig for psykisk helse, mestring og livskvalitet. Vi mener at pårørendesamtaler kan øke sannsynligheten for at familie og venner anerkjenner endometriose som en reell sykdom, og dermed kan bli bedre støttespillere. Dette grunnet at de får informasjon om sykdommen fra kompetent helsepersonell. Travelbee (1971, gjengitt i Helgesen, 2021, s. 491) beskriver at familien også er en del av målgruppen som sykepleie skal omfatte. Grunnet dette mener vi det er viktig at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har fokus på sosiale behov, og definerer behovet for pårørendesamtaler og organiserer dette.

GSD som verktøy viste seg å ha positiv innvirkning på de sosiale relasjonene til kvinnene i Simonsen et al. (2020, s. 1021) sin studie. Gjennom denne metoden fikk kvinnene ny

kunnskap og utviklet strategier for å mestre sykdommen på en bedre måte. Dette er i tråd med det Travelbee (1971, gjengitt i Kristoffersen, 2021, s. 252) mener er sykepleiens overordnede mål, nemlig å hjelpe pasienten til å mestre de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Gjennom samtalene opplevde kvinnene å bli likestilt med sykepleieren, noe som er viktig for å oppnå gjensidig tillit i et menneske-til-menneske-forhold (Eide & Eide, 2017, s. 368). Dette mener vi kan være en av årsakene til at kvinnene ble bedre på å uttrykke sine behov og ta opp vanskelige temaer med sykepleier. Det kan tyde på at terskelen for å snakke om blant annet seksuell helse ble lavere. At kvinnene ble bedre på å uttrykke sine behov førte til at kvinnene åpnet seg opp om sykdommen for sine pårørende (Simonsen et al., 2020, s. 1021). Det kan tenkes at dette er et resultat av både økt kunnskap og støtte fra sykepleierne. Ettersom dialogverktøyet strekker seg over lengre tid, mener vi det er best å anvende dette poliklinisk. Vi mener derfor at GSD kan bidra til at sykepleiere i poliklinikker kan lindre livslidelse hos kvinner med endometriose.

5.2.3 Pleielidelse

Smerte er en personlig opplevelse og smertevurderingen bør derfor komme fra pasienten selv (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 23). Dette gjør at pasientene opplever autonomi og mulighet til kontroll over eget liv. For at sykepleier skal kunne innhente opplysninger om pasientens situasjon er det derfor viktig å ha en samtale med pasienten, i tillegg til å gjøre observasjoner og undersøkelser (Skaug, 2021, s. 58). Det er derfor overraskende at flertallet av sykepleierne i Bach et al. (2018, s. 613) sin studie hovedsakelig vurderte smerter basert på klinisk erfaring. Ved at sykepleier avgjør hva som er riktig og galt for pasienten oppstår pleielidelse i form av fordømmelse (Eriksson, 2005, s. 73). At sykepleier ikke gir plass til pasientenes meninger, er også pleielidelse i form av krenking av pasientens verdighet (Eriksson, 2005, s. 70).

Sykepleierne i studien til Bach et al. (2018, s. 614) forklarte at årsaken til at de ikke involverte pasientenes vurdering var mistillit til pasientenes egen vurderingsevne. Noen av sykepleierne fortalte om pasienter som oppga å ha sterke smerter, men som ikke fremsto smertepåvirket.

Dersom sykepleieren oppfatter pasientens reaksjon på smerter som overdreven, kan pleielidelse i form av straff forekomme ved at sykepleier overser pasienten. Det er et problem at den som opplever smertene, i så stor grad er avhengig av omgivelsenes tolkning av hva som er en rimelig reaksjon på dem (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 481). Pasienten kan da oppleve mangel på sympati fra sykepleier som kan være ødeleggende for etableringen av menneske-til-menneske-forhold. Ifølge Travelbee (1971, gjengitt i Eide & Eide, 2017, s. 368) er sympati en helt nødvendig forutsetning i sykepleien.

Fra egen erfaring vet vi at det kan være svært utfordrende for sykepleiere å observere og kartlegge pasientenes smerter. I studien til Márki et al. (2022, s. 3) fremkommer det at flere av kvinnene med endometriose har langvarige smerter. Ved langvarige smerter skjer det både en psykologisk og fysiologisk adaptasjon eller tilpasning som reduserer det kroppslige uttrykket av smerte, noe som gjør at kvinnene kan le og gå selv om de er smertepåvirket (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 28). Dette gjenspeiles i studien til Simonsen et al. (2020, s. 1020) der pårørende til en av kvinnene ikke kunne forstå at kvinnen hadde sterke smerter da hun ikke fremstod smertepåvirket. Derfor mener vi at det er viktig at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten får økt kunnskap om faktorer som kan påvirke smerteuttrykket hos denne pasientgruppen. Vi mener også at det viktig at sykepleiere involverer pasienten i smertevurderingen, slik at pleielidelsen kan lindres.

Å ikke ta pasienten alvorlig er en pleielidelse i form av maktutøvelse, uteblitt pleie og krenking av pasientens verdighet, der maktutøvelse er tett knyttet til krenking av verdighet (Eriksson, 2005, s. 70, 73). Kvinnene i studien til Grogan et al. (2018, s. 1369) oppga at de mistet troen på helsepersonell etter å ikke bli anerkjent. Når pasienten ikke tas alvorlig, regnes ikke pasientens stemme med til fordel for helsepersonellens stemme, ifølge Eriksson (2005, s. 73). For eksempel, i tre av studiene fremkom maktutøvelse ved at helsepersonell normaliserte og dermed bagatelliserte symptomer på dysmenoré (Grundström et al., 2018, s. 208; Grogan et al., 2018, s. 1369; Márki et al., 2022, s. 5). Kvinnene i studien til Grundström et al. (2018, s. 207) ble møtt med holdninger om at de hadde lav smerteterskel. Slike fordømmende holdninger fra sykepleiere kan i tillegg til pleielidelse også være sykdomslidelse i form av sjelelig lidelse. Holdningene kan tyde på at helsepersonell har manglende evne til å sette seg inn i pasientens situasjon. Ifølge Travelbee er empati nødvendig for å forstå pasientene (Eide & Eide, 2017, s. 368). Når pasientene ikke blir tatt på alvor, blir de heller ikke møtt med den omsorgen og pleien som de trenger. Dette resulterer i en tredje form for pleielidelse, nemlig uteblitt pleie. Lidelsen strider mot velgjørhetsprinsippet som handler om at sykepleieren skal vise omsorg for alle som lider (Nortvedt, 2021, s. 85).

I all hovedsak var helsepersonellens kompetanse avgjørende for om kvinnene ble møtt med anerkjennelse. Dette kommer frem i Grundström et al. (2018, s. 208) sin studie der pasientene påpekte at de følte seg avhengig av helsepersonells kompetanse. Kvinnene fra studiene til Grogan et al. (2018, s. 1370), Grundström et al. (2018, s. 208) og Simonsen et al. (2020, s.

1021) presiserte at økt kunnskap blant helsepersonell er nødvendig. Uten kunnskap om sykdomslære blir sykepleiere stående uten hjelpemidler når de skal gi sykepleie til pasienter (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 3). Vi mener derfor at økt kunnskap om endometriose blant sykepleiere er nødvendig for å kunne lindre pleielidelse.

På den andre siden hadde samtlige av deltakerne i studien til Grundström et al. (2018, s. 208) opplevd konstruktive møter der de ble anerkjent av helsepersonell. Kvinnene forklarte at de konstruktive møtene førte til at de følte seg sett og hørt. Deltakerne i studien til Grundström et al. (2018, s. 208) påpekte videre viktigheten av at helsepersonell erkjenner kvinnene som individuelle og unike mennesker. Dette samsvarer godt med det Travelbee (1971, gjengitt i Kristoffersen, 2021, s. 254-256) baserer sin sykepleiefilosofi på, nemlig at alle mennesker er unike. I etableringen av et menneske-til-menneske-forhold til pasienten er dette sentralt. Travelbee beskriver videre at kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskaper for å etablere et godt menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Dette kom frem i studien til Grundström et al. (2018, s. 208) der en av deltakerne fortalte at hun var glad i å kunne spøke. Hun satte derfor stor pris på helsepersonell som inkluderte humor i kommunikasjonen. Hennes opplevelse eksemplifiserer hvordan sykepleiers evne til å møte pasienter som unike individer kan være betydningsfullt i sykepleien. Ved å gi hver pasient individuell pleie kan sykepleier unngå pleielidelse i form av krenking av pasientens verdighet (Eriksson, 2005, s. 72).

6.0 Anvendelse i praksis

Å leve med endometriose kan være svært belastende for kvinnene som er rammet av sykdommen. Våre erfaringer er at befolkningen har lite kjennskap til endometriose. Dette gjenspeiles i resultatene fra forskningsartiklene hvor flertallet av kvinnene hadde opplevd mangel på kunnskap om endometriose blant både helsepersonell og pårørende.

Vi mener et prioritert tiltak derfor bør være å undervise sykepleiere og sykepleiestudenter om endometriose. Symptomer, behandling og smertevurdering av denne pasientgruppen bør komme frem i undervisningen. Vi mener at økt kunnskap bidrar til at sykepleierne kan møte og ivareta pasienten på en forsvarlig og omsorgsfull måte, noe vi mener er helt nødvendig for å være en god sykepleier. Dette kan også bidra til at pasientene føler seg sett og bekreftet i

møte med helsevesenet. Økt kunnskap blant sykepleiere kan bidra til å redusere alle de tre lidelsesformene.

Et annet prioritert tiltak er å øke pårørendes kompetanse om endometriose. Vi mener pårørendesamtaler kan bidra til at pårørende får økt forståelse og dermed blir bedre støttespillere. Ved å øke fokuset på pasientenes sosiale behov gir sykepleier helhetlig omsorg og kan lindre livslidelse.

Ettersom GSD har gitt positive resultater, mener vi at metoden bør integreres i den polikliniske oppfølgingen av endometriosepasienter. For å øke kvaliteten på oppfølgingen bør sykepleierne ha opplæring i GSD som verktøy. Selv om prosessen kan være ressurs- og tidkrevende, har pasientene gode utfall i det lange løpet. Dette kan øke kvinnenes livskvalitet og dermed redusere livslidelse.

Våre anbefalinger for anvendelse i praksis er derfor disse:

- Internundervisning for sykepleiere om endometriose og smertevurdering hos denne pasientgruppen
- Sykepleierstudenter trenger å lære mer om endometriose og smertevurdering i utdanningen sin
- Sykepleiere må ta i bruk pasientens egen vurdering av smerte i sin hverdag, for å sikre forsvarlig pleie
- Sykepleier må aktivt ta i bruk ikke-medikamentelle smertelindringstiltak, i tillegg til medikamentelle tiltak
- Å se og anerkjenne pasienten og hennes lidelse
- Bli kjent med pasientene, bekrefte dem som unike mennesker og skape et menneske-til-menneske-forhold til dem
- Gi pasienten helhetlig omsorg. Altså møte pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov
- Sykepleier må ha økt fokus på å snakke om seksualitet med denne pasientgruppen
- Sykepleier må definere behovet for pårørendesamtaler og organisere dette
- Sykepleiere ved gynekologiske poliklinikker bør følge opp endometriosepasientene gjennom GSD-metoden
- Snakke med pasientene om hvordan de opplever sykdomstilstanden

Litteratur

- Bach, A. M., Forman, A. & Seibaek, L. (2018). Postoperative pain management: A bedside perspective. *Pain management Nursing*, 19(6), 608-618.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.05.005>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A. & Berntzen, H. (2022). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., bind 1, s. 437-483). Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Endometrioseforeningen. (u.å.). *Endometriose*. Hentet 8. desember 2023 fra
<https://endometriose.no/om-sykdommene/endometriose/>
- Eriksson, K. (2005). *Det lidende mennesket*. Tano Aschehoug.
- Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 129-139). Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 141-152). Studentlitteratur.
- Grogan, S., Turley, E. & Cole, J. (2018). 'So many women suffer in silence': a thematic analysis of women's written accounts of coping with endometriosis. *Psychology & Health*, 33(11), 1364-1378.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1496252>

Grundström, H., Alehagen, S., Kjølhede, P. & Berterö, C. (2018). The double-edged experience of healthcare encounters among women with endometriosis: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 206-211.

<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/jocn.13872>

Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., bind 1, s. 1-19). Gyldendal Akademisk.

Guided Self-Determination. (u.å.). *What is GSD?* Hentet 4. desember 2023 fra

<https://www.guidedselfdetermination.eu/lesson/what-is-gsd/>

Helgesen, A. K. (2021). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., bind 2, s. 489-510). Gyldendal Akademisk.

Jerpseth, H. (2022). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (6. utg., bind 2, s. 183-212). Gyldendal Akademisk.

Kristoff, A. (2022). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3. utg., s. 401-417). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J & Breievene, G. (2021). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., bind 3, s. 45-96). Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon* (4. utg., bind 1, s. 225-282). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon* (4. utg., bind 1, s. 15-27). Gyldendal Akademisk.
- Lyckhage, E. D. (2017). Kunnskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 25-37). Studentlitteratur.
- Márki, G., Vásárhelyi, D., Rigó, A., Kaló, Z., Ács, N. & Bokor, A. (2022). Challenges of and possible solutions for living with endometriosis: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 22(20). <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1186/s12905-022-01603-6>
- Nortvedt, F. & Ljoså, T. M. (2021). Smerte - en personlig og sammensatt opplevelse. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., bind 3, s. 17-41). Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: Innføring i sykepleieetikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Olseng, E. T. & Sundbye, L. M. T. (2021, 25. oktober). *Observasjon, eksperiment og dybdeintervju*. Nasjonal Digital Læringsarena. <https://ndla.no/nb/subject:1:47678c7b-bc09-4fc8-b2d9-a2e3d709e105/topic:1:dbdbb73b-2acb-49ac-bbce-b13d2aa409fd/resource:35f48ad2-0e29-4201-83fe-1be598982c5b>
- Sex og samfunn. (u.å.). *Endometriose*. Hentet 13. desember 2023 fra <https://sexogsamfunn.no/sykdommer/andre-plager-og-infeksjoner/endometriose/#>
- Simonsen, S. M., Strømberg, C., Zoffmann, V., Hartwell, D. & Olesen, M. L. (2020). About me as a person not only the disease- piloting Guided Self-Determination in an

outpatient endometriosis setting. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 34(4), 1017-1027. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/scs.12810>

Skaug, E.-A. (2021). Kartlegging, vurdering og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., bind 2, s. 43-85). Gyldendal Akademisk.

Vikøren, L. (Innspillingsleder). (2023, 6. september). 2. Partilederdebat fra Deichman i Bjørvika [Episode i TV-serie]. I S. Olafsen (Prosjektleder), *Valg 2023: Partilederdebat*. TV2. <https://play.tv2.no/nyheter/valg-2023-partilederdebat/sesong-2023/valg-2023-partilederdebat-2023-episode-2-1887226.html?play=true>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 59-82). Studentlitteratur.

Vedlegg 1. Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
24.10.23	Idunn	Endometriose	År: 2013-2023	4	0	0	0
24.10.23	British Nursing Index	Endometriosis AND Nurs*	År: 2013-2023 Peer Reviewed	231	6	1	0
24.10.23	Svemed+	Endometriosis*	År: 2013-2023 Peer reviewed	6	1	0	0
25.10.23	Pubmed	Endometriosis	År: 2013-2023 Peer reviewed	1311	10	3	0
25.10.23	Pubmed	Endometriosis AND Nurs*	År: 2013-2023 Peer reviewed	44	9	4	0
27.10.23	Cinahl	Endometriosis AND Nurs*	År: 2013-2023 Peer reviewed	94	10	3	0
27.10.23	Cinahl	Endometriosis AND Nurs* OR Caring AND Quality of life	År: 2013-2023 Peer reviewed	7	5	2	2
27.10.23	Pubmed	Endometriosis AND Health promotion AND Quality of life	År: 2013-2023 Peer reviewed	10	3	1	1
30.10.23	Cinahl	Endometriosis AND Health personnel OR Health professional OR Nurs* AND Experience	År: 2013-2023 Peer reviewed	20	6	3	2

Vedlegg 2. Litteraturmatrise

Artikkel 1	
Tittel	The double-edged experience of healthcare encounters among women with endometriosis: A qualitative study
Tidsskrift/årstall	Journal of Clinical Nursing, 2018
Forfattere	Grundström, H., Alehagen, S., Kjølhede, P. & Berterö, C.
Perspektiv	Pasient.
Hensikt	Hensikten med studien er å identifisere og beskrive opplevelser pasienter med endometriose har i møte med helsepersonell.
Metode for datainnsamling	Kvalitativ metode med individuelle dybdeintervju ble anvendt for å hente inn data. Kvinnene fikk spørsmål om de kunne fortelle om deres erfaringer med helsevesenet relatert til endometriose. Forskeren som intervjuet stilte flere oppfølgingsspørsmål underveis. Intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett. Kvinnene fikk selv velge arena for hvor intervjuene skulle gjennomføres.
Metode for analyse	Dataene ble analysert etter Moustakas modifisering av Stevick-Colaizzi-Keen metoden med tolkning. Intervjuene ble lest flere ganger. Videre ble viktige uttalelser inndelt i tema. Forskerne reflekterte over variasjonene og strukturen på temaene. For å definere meningen til hvert tema brukte forskerne sin egen tolkning.
Utvalg	Ni kvinner med endometriose i alderen 23-55 år.
Resultater	Alle kvinnene i studien hadde opplevd veldig ulike møter med helsepersonell. Møtene ble inndelt i destruktive og konstruktive møter. De destruktive møtene var preget av ignorering og førte blant annet til at pasientene følte seg blottlagt. Det konstruktive møtet handlet om å bli forstått som også styrket selvfølelsen til kvinnene.

Artikkel 2	
Tittel	Postoperative pain management: A bedside perspective
Tidsskrift/årstall	Pain management nursing, 2018
Forfattere	Bach, A. M., Forman, A. & Seibaek, L.
Perspektiv	Sykepleier.
Hensikt	Å undersøke hvordan sykepleier håndterer postoperative smerter relatert til kvinner som er innlagt med endometriose.
Metode for datainnsamling	Kvalitativ metode med etnografisk feltstudie på en gynekologisk avdeling i skandinavia ble brukt for å hente inn data. Forskeren observerte og noterte blant annet samhandling og smerteuttrykk. Studien foregikk i 18 måneder på dag- og aftenvakter. Det ble også gjennomført semistrukturerte intervju med utvalgte sykepleiere. Intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett.
Metode for analyse	Forskerne leste dataene i sin helhet og foretok en datareduksjon for å finne data relatert til postoperativ smerte. Notatene ble deretter analysert systematisk av to av forskerne.

Utvalg	I feltstudien ble sykepleiere med ulik erfaring inkludert. I intervjuene deltok åtte utvalgte sykepleiere fra begge enhetene på den gynekologiske avdelingen.
Resultater	Det kom frem at sykepleierne ofte vurderte smertene for pasientene. I stedet for å stille pasientene konkrete spørsmål om smerte, ble ofte kroppsspråket brukt i sykepleiernes vurdering av smerte. For å lindre smerte anvendte sykepleierne ikke-medikamentelle tiltak som varme og emosjonell støtte i tillegg til analgetika.

Artikkel 3	
Tittel	About me as a person not only the disease – piloting Guided Self-Determination in an outpatient endometriosis setting
Tidsskrift/årstall	Scandinavian journal of caring sciences, 2020
Forfattere	Simonsen, S. M., Strømberg, C., Zoffmann, V., Hartvell, D. & Olesen, M. L.
Perspektiv	Pasient.
Hensikt	Hensikten med studien er å vurdere om det er mulig å igangsette Guided Self-Determination (selvmestringsmetode) for kvinner med endometriose.
Metode for datainnsamling	Kvalitativ metode med semistrukturerte dybdeintervju over telefon og fokusgruppeintervju.
Metode for analyse	Det ble brukt tematisk analyse etter Braun og Clarke for å analysere dataene. Forskerne leste dataene flere ganger før de kom frem til kategorier. Forskerne analyserte individuelt for å komme frem til tema. For å skape oversikt over tema ble blant annet tankekart tatt i bruk. Forskerne kunne da diskutere og komme frem til de endelige temaene.
Utvalg	Ti kvinner over 18 år med komplekse symptomer på endometriose deltok i studien. Noen av kvinnene som deltok hadde nylig fått diagnosen, mens andre hadde hatt endometriose i over ti år. Det var flere eksklusjonskriterier, eksempelvis om de var gravide eller hadde rusproblematikk.
Resultater	Kvinnene hadde en positiv opplevelse med GSD. Det kom frem at de gjennom samtalene følte seg forstått. Samtidig som de fikk nye innspill av sykepleierne som førte til en mer positiv tankegang og lettere for å akseptere sykdommen. Deltakerne opplevde også at det ble lettere å snakke om sykdommen med pårørende.

Artikkel 4	
Tittel	'So many women suffer in silence': a thematic analysis of women's written accounts of coping with endometriosis
Tidsskrift/årstall	Psychology & Health, 2018
Forfattere	Grogan, S., Turley, E. & Cole, J.
Perspektiv	Pasient.

Hensikt	Å forstå kvinners erfaringer med å mestre endometriose og hvordan det påvirker deres liv.
Metode for datainnsamling	Kvalitativ metode med anonym digital spørreundersøkelse. Deltakerne fikk da flere åpne spørsmål som de skulle svare på.
Metode for analyse	Det ble brukt tematisk analyse etter Braun og Clarke for å analysere dataene. Alle forskerne leste gjennom dataene flere ganger og noterte underveis. Dataene ble beskrevet, oppsummert og deretter tolket. Forskerne presenterte hver sine forslag til tema som ble vurdert og satt sammen til de aktuelle temaene.
Utvalg	Kvinner i alderen 22-56 år med selvrappert endometriose.
Resultater	Det kom frem fire hovedtemaer med noen undertema. Det første temaet var smerter og fatigue. Smertene ble beskrevet som den mest forstyrrende faktoren som påvirket jobb og sosiale sammenkomster. Det andre temaet var kampen om en presis diagnose. Diagnostiseringstiden varierte fra 4 måneder til 25 år. Det tredje temaet omhandlet prioritering av energi. En av mestringsstrategiene var å unngå sosiale sammenkomster for å spare energi. Det fjerde temaet fremhevd problematikken med å unngå å ta smertestillende for å være mer til stede og eksempelvis kunne kjøre bil. Kvinnene ga også uttrykk for at de skjulte symptomene eller løy om dem for å unngå negative reaksjoner fra kollegaer, venner og familiemedlemmer.

Artikkel 5	
Tittel	Challenges of and possible solutions for living with endometriosis: a qualitative study
Tidsskrift/årstall	BMC Women's Health, 2022
Forfattere	Márki, G., Vásárhelyi, D., Rigó, A., Kaló, Z., Ács, N. & Bokor, A.
Perspektiv	Pasient.
Hensikt	Hensikten med studien er å få mer kunnskap om kvinners utfordringer med endometriose, og om deres muligheter, og mestringsstrategier i forhold til de negative innvirkninger som følge av sykdommen.
Metode for datainnsamling	Kvalitativ metode med fire fokusgruppeintervju ble anvendt for å innhente data. Samtalene ble ledet av første forfatter og en assistent. Intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett.
Metode for analyse	I analysen leste forskerne notatene flere ganger samtidig som de lyttet til opptakene. Deretter ble det gjennomført en innholdsanalyse av notatene ved hjelp av ATLAS.ti. Til slutt diskuterte forskerne og kom frem til aktuelle tema og kategorier.
Utvalg	21 kvinner som er diagnostisert med endometriose.
Resultater	I løpet av disse samtalene kom det frem fire hovedtemaer. Det første teamet handler om påvirkningen endometriose har på livskvaliteten. Det andre temaet handlet om medisinske opplevelser. Det tredje handlet om komplementære og alternative behandlinger. Det siste omhandlet ulike mestringsstrategier i sykdomshåndteringen.

	Alle temaene var også preget av mangel på informasjon og usikkerhet knyttet til endometriose.
--	---