

BARNMORSKANS STÖD TILL KVINNOR MED VULVA VESTIBULIT

FÖRFATTARE	Johanna Nyman Sandra Ås
PROGRAM/KURS	Barnmorskeprogrammet Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa. RPH100 HK 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Tone Ahlborg
EXAMINATOR	Evelyn Hermansson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Barnmorskans stöd till kvinnor med vulva vestibulit
Titel (engelsk):	The midwives´support for women with vulvar vestibulitis
Arbetets art:	Självständigt arbete - magisteruppsats
Program/kur/kurs kod/ kursbetäckning:	Barnmorskeprogrammet, 15 högskolepoäng Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa RPH100 H10
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	42 sidor
Författare:	Johanna Nyman Sandra Ås
Handledare:	Tone Ahlborg
Examinator:	Evelyn Hermansson

SAMMANFATTNING

Allt fler kvinnor söker för vulva vestibulit (VVS). Tyvärr är det många av dem som inte känner att de får hjälp. De som främst möter dessa kvinnor är läkare och barnmorskor på olika mottagningar. Därför är det viktigt att de har den kunskap som krävs för att kunna stödja kvinnor med vulva vestibulit. Tidigare forskning fokuserar mycket kring orsak, symtom och behandling men har inte beskrivit barnmorskans professionella roll att främja sexuell hälsa och livskvalitet hos kvinnor med VVS.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva hur barnmorskan och läkaren kan stödja kvinnor med VVS och förebygga uppkomsten av det.

Metod: Studien bygger på tre enskilda intervjuer med barnmorskor och en intervju med läkare där båda författarna närvarande vid samtliga intervjuer. Intervjuerna transkriberades och därefter analyserades materialet gemensamt av författarna med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I resultatet framkom det hur läkare och barnmorskor arbetar för att stödja kvinnor med vulva vestibulit. Konkreta förslag på hur en gynekologisk undersökning kan utföras beskrivs i studien. Samtliga belyste vikten av att bygga upp en kontakt med kvinnan samt att man tar en ingående anamnes. Att undervisa kvinnan om kroppen, underlivets anatomi samt hur sexuell lust påverkas av yttre faktorer var viktigt för samtliga informanter. Ett samarbete mellan olika yrkesgrupper var också en viktig förutsättning för att få fram bästa möjliga stöd och behandling för kvinnorna samt för att kunna förebygga vulva vestibulit.

Slutsats: Barnmorskorna och läkaren i studien visar förslag på hur barnmorskor, läkare men även andra yrkesgrupper (psykolog, kurator, sjukgymnast) kan gå till väga när de möter kvinnor med VVS. För att öka kunskapen kring hur VVS kan förebyggas och hur kvinnor med VVS kan stödjas är det viktigt att synliggöra problemen samt att alla tar sitt ansvar och visar att man bryr sig.

ABSTRACT

More and more women are seeking help for vulvar vestibulitis (VVS). Unfortunately, many of them feel they are not receiving the help they need. These women are primarily seen by GPs and midwives at their local surgery. Therefore it is of utter importance that GPs and midwives possess the necessary knowledge and expertise in order to be able to support women suffering from VVS. Earlier research focus mainly on cause, symptom and treatment. However, it has not highlighted the important role the midwife has in promoting sexual health and quality of life for women with this problem.

Purpose: The aim of this study was to describe how GPs and midwives can't support women with VVS and prevent the appearance of it.

Method: The study is based upon three interviews with midwives and one interview with a GP, where both authors were present. These interviews were then transcribed and analyzed by the authors using a qualitative content analysis.

Result: The result showed how GPs and midwives are working to support women suffering from VVS.

Suggestions as how a gynecological examination could best be carried out, is described in the study. The informants all highlighted the importance of building a good relationship with the patient and to conduct a thorough anamnesis. Another important factor is to educate the patient about her body and especially her lower abdomen. A team work is required to get the best support and treatment for these women with VVS.

Conclusion: The study suggests how GPs, midwives and other occupational groups (i.e psychologists, physical therapists and counselors) can act when helping women with VVS. To learn more about the prevention of VVS and how to support women suffering of VVS, it is of great importance to draw attention to these problems and for everybody involved to take responsibility and show empathy.

Nyckel ord: vulva vestibulit, stöd, barnmorska, kvalitativ innehållsanalys

Keywords: vulva vestibulitis, support, midwife qualitative concept analysis

INNEHÅLLSFÖRTECKING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Definition.....	1
Etiologi.....	2
Genitala infektioner.....	3
Hormoner.....	3
Psykologiska faktorer.....	4
Symtom.....	5
Diagnos.....	6
Utredning och behandling.....	6
TEORETISKA BEGREPP	9
Sexuell hälsa.....	9
Empowerment.....	10
Livskvalitet.....	11
PROBLEMFÖRMULERING	12
SYFTE	12
Frågeställningar.....	12
METOD	12
VAL AV METOD	12
KVALITATIV INNEHÅLLSANALYS	13
URVAL OCH DATAINSAMLING	13
DATAANALYS	14
VALIDITET	14
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	15
Risk – nytta analys.....	16
RESULTAT	16
MÖTET MED KVINNAN/PARET	17
Samtalet.....	17
Öka kvinnors medvetenhet.....	18
Information om kroppen.....	19
Undersökningens genomförande.....	19
Partners delaktighet.....	21

FOKUSERING KRING SEX.....	21
Går emot sina egna känslor.....	21
Prestation	22
Katastroftankar, undvikande beteende.....	22
ÅTGÄRDER FÖR LINDRING	23
Ingivande av hopp	23
Arbeta i team	23
Samlagsförbud	24
Preventivmedel	25
Beröring av underlivet	25
Beröring via rectum	26
Spänningar i muskler	26
Avslappning och träning.....	26
Uppföljning.....	27
LYHÖRDHET FÖR EGNA KROPPEN.....	27
Lyhördhet för kroppens signaler.....	27
Lyhördhet för egna känslan	28
Lyhördhet för lubrikation	28
DISKUSSION.....	28
METODDISKUSSION	28
RESULTATDISKUSSION	30
Mötet med kvinnan	30
Arbeta i team.....	31
Åtgärder för lindring.....	32
Lyhördhet för egna kroppen	34
Konklusion och framtida forskning.....	35
REFERENSER	37
BILAGOR	
1. ANALYSPROCESSEN	
2. SENSUALITETSTRÄNING	
3. FORSKNINGSPERSONSINFORMATION	

INLEDNING

Smärta i underlivet är ett ökande problem hos kvinnor. Det pratas sällan om detta problem och många kvinnor lider av det. Det finns många olika orsaker till smärta i underlivet och vi har valt att studera fenomenet vulva vestibulit, "Vulvar Vestibulitis Syndrome" (VVS) på grund av att det drabbar många kvinnor i fertil ålder och de utgör en målgrupp som barnmorskan möter på barnmorskemottagningen och ungdomsmottagningen. Genom den här studien hoppas vi kunna nå ut till barnmorskor så att de får ökad kunskap om hur kvinnor med VVS ska få rätt stöd och behandling och hur VVS kan förebyggas.

VVS är ingen inflammation och idag använder forskare namnet Provoked Vestibulodynia för att betona att det inte är en inflammation men vulva vestibulit är ett inarbetat begrepp så vi har valt att använda oss av detta begrepp (Gumus, Sarifakioglu, Uslu & Turhan, 2007).

BAKGRUND

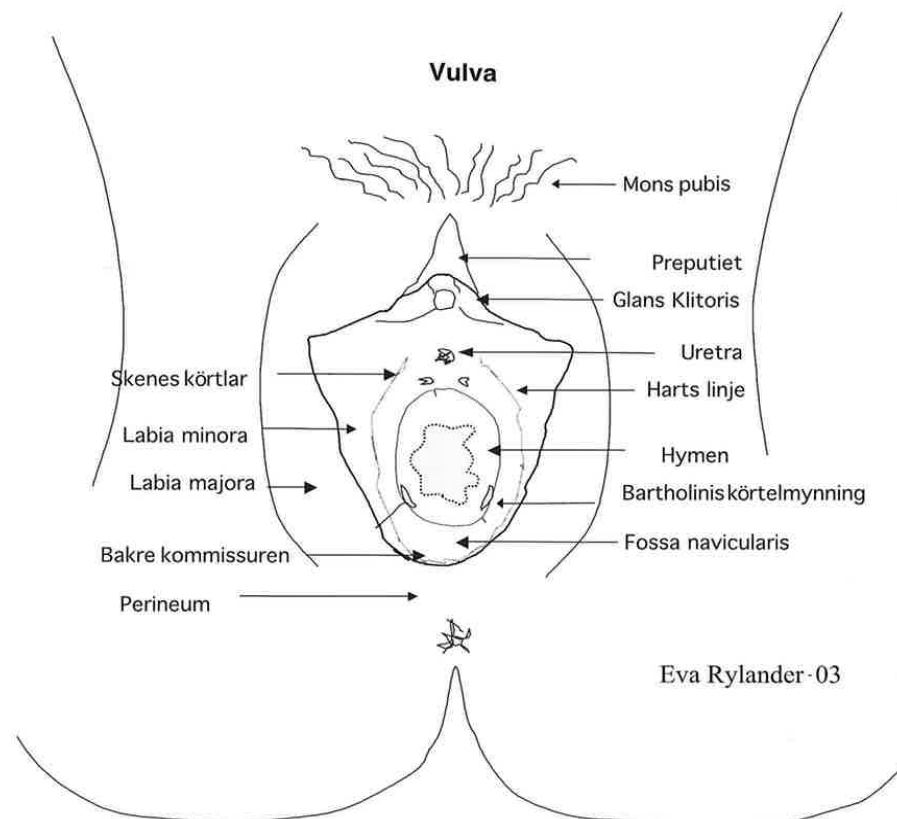
Definition

Begreppen vestibulit, vulvodyni och brinnande vulva har använts omväxlande för kroniska smärttillstånd i vulva. Vulvodyni används idag som ett samlingsnamn för sveda och brännande känsla i vulva. VVS innebär ett specifikt smärttillstånd som uppkommer vid provokation av vestibulum (Bohm-Starke & Rylander, 2000). Kvinnor som har VVS beskriver sin samlagssmärta på ett liknade sätt som kvinnor med partiell vaginism (PaV), det kan göra dessa tillstånd svåra att skilja åt. Begreppet vaginism (slidkramp) finns i två former, total vaginism (TV) och partiell vaginism (PaV). Total vaginism innebär att slidan är helt stängd och partiell vaginism innebär att slidan är delvis stängd (Engman, 2007). I en svensk studie av Engman, Lindehammar och Wijma (2004) studerade man 224 kvinnor med ytlig samlagssmärta. Trettionio kvinnor hade total vaginism, 144 kvinnor hade partiell vaginism. Det framkom att alla kvinnor i studien som hade VVS även hade PaV, men andra studier kan inte styrka detta samband. Enligt Engman et al. (2004) kan VVS i många fall vara ett sekundärsymtom till vaginism.

Etiologi

Flera studier visar att antalet kvinnor med VVS ökar i populationen. Ökningen beror delvis på att fler kvinnor vågar söka hjälp för sina problem men ökningen beror också på att fler kvinnor drabbas av VVS (Bohm-Starke, Hilliges, Brodda-Jansen, Rylander & Torebjörk, 2001; Engman 2007; Ehrström, Kornfeld, Rylander & Bohm-Starke 2009). Ökningen sker främst bland unga kvinnor som inte fött barn (Engman et al., 2004). Medelåldern är 25 år och de flesta kvinnor är vita enligt Bohm-Starke och Rylander (2000). I de studier vi tagit del av har det visat att vita är överrepresenterade, kanske för att forskning gjorts huvudsakligen på dessa grupper. Prevalensen varierar i olika studier och det finns ett stort mörkertal (Ehrström et al., 2009; Masheb, Nash, Brondolo & Kerns, 2000).

Vid VVS har kvinnorna smärta vid penetration och punktömhet i vestibulum (Engman, 2007). Vestibulum består av yttre sidan av hymen och insidan av labia minora fram till Harts linje, se figur 1. Smärtan gör att det är omöjligt med ett normalt sexuellt samliv, vilket också påverkar kvinnans välbefinnande (Svensk förening för obstetrik & gynekologi [SFOG], 2003).



Figur 1. Kvinnans vulva enligt SFOG, 2003, sid 6.

Orsaken till VVS är oklar med det finns troligen en rad olika somatiska och psykologiska faktorer som samverkar. De orsaker som diskuteras i olika studier är genitala infektioner, hormoner, hygienvanor, psykologiska orsaker. Alla dessa faktorer kan leda till ökad friktion och påverkar slemhinnan i vestibulum (SFOG, 2003; Bohm-Starke, Hilliges, Falconer & Rylander, 1998). Gordon, Panahian-Jand, McComb, Melegari och Sharp (2003) gjorde en webbaserad studie där 428 kvinnor deltog. Syftet var att ta reda på vilka upplevelser kvinnor hade av vulvsmärta. En del av kvinnorna i studien hade inte utretts för VVS men de misstänkte själva att de hade det. Flera kvinnor uttryckte själva att svampinfektioner, stress, antibiotika och lokalbehandlingar hade en bidragande roll. I en svensk studie framkom det att 13 % av kvinnor mellan 20-29 år hade haft långvariga samlagssmärter som pågått i mer än 6 månader (Ehrström et al. 2009).

Genitala infektioner

Upprepade infektioner med svampen Candida ses av 75 % av kvinnor med VVS (Bohm-Starke & Rylander, 2000; Ehrström, et al., 2009; Mascheb, Nash, Brondolo & Kerns, 2000). På grund av receptfria svampmedel har egenbehandling av candida infektioner ökat utan att kvinnorna fått en säker diagnos. Hos många kvinnor med upprepade candida infektioner övergår klådan efter hand till sveda. Kvinnor med uttalad VVS blir dock inte hjälpta av behandling mot candida (Bohm-Starke & Rylander, 2000). Studier har inte kunnat bevisa att Sexually Transmitted Infections (STI) d v s könssjukdomar och VVS har något samband (Bohm-Starke & Rylander, 2000; Mascheb, et.al., 2000).

Hormoner

Kvinnor som får VVS är i fertil ålder och har inte någon brist på östrogen. De flesta kvinnor som fått VVS har använt p-piller under symtomdebuten (Bohm-Starke & Rylander, 2000). Studier har visat att det finns ett samband mellan bruk av p-piller tidigt i den fertila perioden och vestibulit (Johannesson, Blomgren, Hilliges, Rylander & Bohm-Starke, 2007; Bohm-Starke & Rylander, 2000).

I den svenska studien av Johannesson et al. (2007) var syftet att undersöka slemhinnan i vestibulum under påverkan av kombinerade p-piller och menstruationscykeln. Studien har visat att epitelcellerna i vagina påverkats och att

slemhinnan blivit tunnare av p-piller. Studien har dock inte kunnat visa att det finns ett samband mellan förtunnad slemhinna och mekanisk smärtekänslighet.

Psykologiska faktorer

Kvinnor med VVS kan ha andra kroppsliga symtom. Det kan visa sig som psykosomatiska inslag. Det finns inget som tyder på att kvinnor med VVS har haft en annorlunda psykosexuell bakgrund före debuten av VVS. Oavsett om de psykosomatiska besvären uppkommit före eller efter debuten av VVS bör man ta hänsyn till detta vid behandlingen (SFOG, 2003; Ehrström, et al., 2009). VVS är en riskfaktor för att utveckla psykosexuella komplikationer som minskad upphetsning, utebliven lubrikation, svårt att få orgasm och vaginism (Nunns, 1997). I dagens samhälle fokuserar massmedia mycket på samlagsteknik och porr. Detta kan göra att kvinnor med dåligt självförtroende känner stora krav på sig själva och det kan säkert bidra till utebliven lubrikation, vilket ökar friktionen på slemhinnorna i vulva och man får ont vid samlag (Bohm-Starke & Rylander, 2000). Psykisk hälsa har betydelse för upplevelsen av långdragen smärta, oavsett vad det beror på. Smärta kan leda till att man blir deprimerad (SFOG, 2003). Studier har visat att kvinnor med VVS i högre grad utvecklar depression och ångest samt uppvisar mer perfektionistiska personlighetsdrag. Många kvinnor med VVS lider också av kronisk stress. Kronisk stress har visats öka mottagligheten av smärta (Bohm-Starke & Rylander, 2000; SFOG, 2003; Ehrström, et al., 2009). Hälften av kvinnorna i studien av Gordon, et al., (2003) hade upplevt att stress gjort symtomen värre. VVS påverkar kvinnors psykosexuella hälsa och måste behandlas under pågående VVS behandling (Gordon, et al., 2003; Nylanderlundqvist & Bergdahl, 2003; Engman, et al., 2004; Ehrström, et al., 2009). I studien av Zolnoun, Park, Moore, Liebert, Tu och As-Sanie, (2008) var syftet att undersöka somatiska och psykologiska besvär bland kvinnor med VVS. Det framkom i resultatet att kvinnor med primär VVS (d v s innan samlagsdebut) hade betydligt mer psykosomatiska besvär, ångest och stress jämfört med kvinnor med sekundär VVS (efter samlagsdebut). Flera studier uppmärksammar behovet av ökad forskning kring psykologiska faktorer kring VVS (Nunns, 1997; Zolnoun et al., 2008).

Symtom

Vanligaste symtomen hos kvinnor med VVS är smärtsamma samlag, brännande känsla i vulva, rodnad, inflammation och klåda (Bohm-Starke, Hilliges, Falconer & Rylander 1999; Engman, et al., 2004; Gordon, et. al., 2003). VVS kan alltså vara både primär och sekundär. Primär VVS innebär att man känner smärta redan vid första samlaget eller när man ska försöka föra in en tampong för första gången. Sekundär VVS innebär att man haft smärtfria samlag under varierande perioder innan första symptomdebuten (SFOG, 2003). I en Israelisk studie av Bornstein, Maman och Abramovici (2001) undersökte man hur sekundär och primär VVS skiljde sig åt. I studien deltog 111 kvinnor med VVS. Det visade sig att en tredjedel av kvinnorna hade primär VVS och att två tredjedelar hade sekundär VVS. Det som mer skiljde sig åt var lokalisationen av smärtan i vestibulum. Kvinnorna med sekundär VVS hade mer ont i hela vestibulum området medan kvinnorna med primär VVS hade mer ont i bakre vestibulum och de var i snitt fem år yngre. Inga skillnader sågs i p-piller användning, rökning och genomgången kirurgisk behandling.

Nervtrådarna från det perifera nervsystemet försörjer bäckenet och bäckenbotten. Nervus pudendus försörjer huvudsakligen vulva (vestibulum) där det finns speciella nervändslut som har betydelse för sexuell respons. Nerverna reglerar blodflödet och utsöndringen från körtlar i området. Smärta registreras av ytliga fria nervtrådar och djupare ligger nervändkroppar som reagerar på tryck och rörelse. Symtomen vid VVS visar sig inte så lätt. Ofta känner kvinnorna en svidande, mycket intensiv ytlig brännande smärta vid penetration av slidmyningen och ibland efteråt (SFOG, 2003). Området kring Bartholini-körtlarnas mynningar och i bakre omfånget av vestibulum har dessa kvinnor en varierande grad av rodnad (Bohm-Starke, Hilliges, Brodda-Jansen, Rylander & Torebjörk, 2001) men även hos friska kvinnor kan slemhinnan runt körtlarna vara rodnad (Bohm-Starke & Rylander, 2000). För många kvinnor kan de irriterande slemhinnorna vid vestibulum vara så ömma att man inte klarar av penetrering eller minsta beröring. Friska kvinnor kan även ha känsliga slemhinnor vid vestibulum men vid VVS är beröringssmärtan vid vestibulum mycket starkare. (SFOG, 2003). Smärtan påverkar kvinnornas sexliv, pågående relation och deras självkänsla

(Gordon et al., 2003). Trånga kläder, cykling eller ridning kan ibland framkalla smärta och påverkar det vardagliga livet (SFOG, 2003).

I studien av Bohm-Starke et al. (1998) fann de en signifikant ökning av antalet ytliga nervfibrer bland kvinnor med vestibulit än hos friska kvinnor. Man fann också att kvinnorna med vestibulit hade sänkta smärtrösklar i vestibulum. Detta bekräftas även i en senare studie av samma författare där vävnadsprover togs (Bohm-Starke, et al., 1999).

Diagnos

År 1987 införde Friedrich tre kriterier för att kunna diagnostisera "Vulvar Vestibulitis Syndrome";

" (1) severe pain on vestibular touch or attempted vaginal entry (2) tenderness to pressure localized within the vulvar vestibule and (3) physical findings confined to vestibular erythema of various degrees" (Friedrich, 1987).

I de studier vi tagit del av används kriterierna som Friedrich införde 1987 än idag.

Utredning och behandling

Vid mötet med kvinnan är det viktigt att man tar en noggrann anamnes, både somatisk och sexuell. Anamnesen och den kliniska bilden man får vid en gynekologisk undersökning är mycket typiska och räcker ofta för att ställa diagnos. Vid bedömning ska man bedöma rodnaden först och sen smärteaktionen på grund av att beröring i sig kan ge rodnad. I vissa fall bör odling tas för att utesluta pågående infektioner (SFOG, 2003., Bohm-Starke & Rylander, 2000). VVS är ett svårbehandlat tillstånd. Eftersom det finns olika orsaker till VVS så skiljer sig behandlingen åt. Vid svåra fall bör samarbete ske mellan gynekologer, barnmorskor, sjukgymnaster, kuratorer och psykologer. I samtalet med kvinnan informerar man om eventuella orsaker till smärtan och vilka behandlingsalternativ som finns. Kvinnan bör inte använda trosskydd mellan menstruationerna och hon bör undvika att tvätta underlivet med tvål på grund av att det kan framkalla torrhet och sprickor vilket kan bidra till smärta vid samlag. Samlagsförbud rekommenderas då man avråder från smärtsamma samlag, uppmuntra till sex utan penetration. Sätt ut eventuella läkemedel som preventivmedel, hälsokostpreparat

och andra icke livsnödvändiga läkemedel och produkter för lokalbehandling, kvinnan bör ta en paus från det i minst tre månader (SFOG, 2003; Bohm-Starke & Rylander, 2000).

Biofeedback

Biofeedback menas med att man vänjer nerverna vid beröring. Att använda olja eller en mjukgörande kräm kan göra det lättare, genom att beröra den ömma ytan kan man få överkänsligheten att lugna sig (www.karolinska.se). Danielsson, Torstensson, Brodda – Jansen och Bohm – Starke (2006) gjorde en studie där kvinnor fick använda Xylocaingel 2% eller Xylocainsalva 5 %. Behandlingen pågick i fyra månader, 19 kvinnor deltog i studien. Kvinnorna fick börja använda Xylocaingel 2 %, efter två månader bytte 50 % av kvinnorna till Xylocainsalva 5 % medan resten fortsatte med gelen. Efter ett år kände 2 av 19 kvinnor att de var helt botade och 10 av 19 kvinnor kände en förbättring. Biverkningarna med Xylocainsalvan samt Xylocaingelen var en lätt stickade smärta.

EMG- Biofeedback (Elektromyografisk feedback av bäckenbottenmuskulaturen)

När man använder sig av EMG- biofeedback använder man sig av knipövningar för att få kontroll över musklerna i bäckenbotten. En EMG - apparat används för att mäta spänningarna i musklerna, man för in apparaten i slidan och kniper och slappnar av. Apparaten mäter då hur spända musklerna är och hur man kan slappna av. Genom att träna regelbundet blir musklerna starkare och avslappnade och smärtan minskar (www.vestibulit.com). Glazer, H., Rodke, G., Swencionis, C., Hertz, R & Young, A (1995) gjorde en studie där de undersökte effekten av EMG- Biofeedback hos 33 kvinnor med VVS. Kvinnorna fick följa ett träningsprogram där de fick göra övningar två gånger om dagen med en bärbar EMG- biofeedbacksinstrument. De fick lära sig att bli mer medvetna och fokusera på skillnaden i känslor av muskeln under en sammandragning och i avslappning. Resultatet visade att efter 16 veckors träning blev kvinnornas bäckenbotten mer stabilt och vilotonusen i bäckenet hade minskat, även den subjektiva smärtupplevelsen hade minskat. Tjugoåtta av de trettiofyra kvinnorna hade inte haft samlag på i genomsnitt 13 månader. I slutet av behandlingsperioden hade tjugotvå av de tjugoåtta kvinnorna haft samlag. En svensk studie har även gjorts för att se

effekten av EMG – biofeedback. Arton kvinnor deltog i studien, behandlingen med EMG - biofeedback pågick i fyra månader. Efter ett år gjordes en uppföljning som visade att 2 av 18 kvinnor kände att de var helt botade och 12 av 18 kvinnor kände en förbättring (Danielsson, et al., 2006).

KBT (kognitiv beteendeterapi)

KBT – kognitiv beteendeterapi är en psykoterapeutisk behandlingsmetod. Det är en metod som kan hjälpa människan att lägga märke till och förändra tankar och tankemönster (Palmkron – Ragnar, 2006). Masheb, et al., (2008) gjorde en studie där man undersökte effekten av KBT hos kvinnor med VVS. Resultatet tyder på att KBT är en effektiv behandlingsmetod. Efter en 10 veckors behandling med KBT blev kvinnorna bättre, smärtan hade minskat, den sexuella funktionen hade förbättrats och symtomen på depression och ångest hade minskat. I en svensk studie av Engman et al., (2004), använde man sig av en modell av KBT som var utarbetat för kvinnor med vaginism. I studien deltog kvinnor som hade både VVS och vaginism. Studien visade goda resultat, ett år efter avslutad behandling kunde merparten av kvinnorna ha samlag utan smärta och njuta av samlag.

Stöd

Enbart stödande kontakt kan hjälpa kvinnan att bli av med smärtan (SFOG, 2003).

Kvinnorna i studien av Gordon, et al., (2003) upplevde att en förstående partner och hjälp hos stödgrupper var mer betydelsefullt än att få hjälp av den medicinska professionen. En annan studie visade att kvinnorna uppskattade stödet de fick från sin partner (Connor., Robinson & Wieling, 2008).

Akupunktur

En svensk pilotstudie genomfördes av Danielsson, Sjöberg och Östman (2001) där de undersökte hur effektiv akupunktur är som behandlingsmetod vid VVS. Tretton tjejer fullföljde behandlingen. Studien fick goda resultat där det visade sig att nio tjejer av dessa 13 upplevde att deras livskvalitet hade förbättras. Studien kan inte bevisa att akupunktur är en effektiv behandlingsmetod förrän den har testats på ett större antal kvinnor.

Operation

Att man opererar en kvinna med VVS är en åtgärd i sista hand då inga andra behandlingar hjälpt. Då tar man bort den delen av slemhinnan som är känslig för smärta och täcker med ny slemhinna från slidans nedre del (www.vardguiden.se). Resultaten av operation fungerar i en del fall men inte alltid, så man har alltmer frångått att använda operation som en behandlingsmetod vid VVS (www.karolinska.se).

TEORETISKA BEGREPP

Sexuell hälsa

Världshälsoorganisationen (WHO, 2002) definierar sexuell hälsa som ett tillstånd av känslomässigt, fysiskt, psykiskt, och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet. Det är inte bara frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver ett positivt synsätt på människans sexualitet och sexuella relationer samt möjligheten att uppleva säker sex utan diskriminering och våld.

”För att sexuell hälsa ska uppnås och behållas, måste människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas. Sexualitet är en väsentlig del av att vara människa genom hela livet och innefattar kön, könsidentiteter och roller, sexuell orientering, erotik, njutning, intimitet och reproduktion. Sexualitet upplevs och uttrycks i tankar, fantasier, önskningar, normer, attityder, värderingar, beteenden, praktiker, roller och relationer. Medan sexualitet kan omfatta alla dessa dimensioner, upplevs eller uttrycks inte alltid alla av dem. Sexualitet påverkas av interaktionen mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, etiska, legala, historiska, religiösa och andliga faktorer”(WHO, 2002).

Sexualitet är ett centralt begrepp i människors liv. Trots det har den ett ganska litet utrymme i kvinnosjukvården. Sexuell hälsa är inte bara en fråga om glädje och hälsa de handlar även om oönskade graviditeter och könssjukdomar (Sundström, 2009). Genom att vårda sexualiteten kan vi främja hälsa och livskvalitet (Hulter, 2004).

Robinson, Bockting, Rosser, Miner och Coleman (2002) menar att för att uppnå sexuell hälsa är det viktigt med adekvat kunskap, medvetenhet och självrespekt. Att man är i harmoni med sin kropp vad gäller beteende, värderingar och känslor.

Att främja hälsa är det centrala i barnmorskans verksamhet (Berg, 2009). Barnmorskan arbetar både med positiva och negativa aspekter inom området sexualitet. Det kan handla om sexualitet som njutning, ömsesidighet och glädje men även om sexualiserat våld, prostitution och utnyttjande. Det ingår i barnmorskans arbete att ta upp dessa frågor i olika sammanhang. Barnmorskans ska kunna informera om sexualitet i olika skeden i livet, om lust och olust, hormonella förändringar samt lyssna och ge råd (Sundström, 2009). Med en öppen och lyhörd attityd får barnmorskan den bästa kunskapen från alla patienter som söker henne för råd och hjälp (Höjeberg, 1993).

Värdegrunden för barnmorskans yrkesutövning är enligt Berg, 2009 s 47:

”Barnmorskans arbetsfält är stort och syftar till att ur ett livscykelperspektiv främja sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa samt vårda vid ohälsa eller sjukdom”.

Barnmorskan kan i sitt hälsofrämjande arbete ge patienten makt att själv påverka sin hälsa, genom s.k. Empowerment.

Empowerment

Empowerment kommer från början från det latinska ordet ”potere” som betyder att kunna, ha möjlighet (Gibson, 1991). Enligt Nationalencyklopedin kommer empowerment från engelskans power, som betyder makt, förmåga och kraft. Empowerment är en princip som tillämpas i undervisning för att stärka individens möjlighet att bli mer självständig, kunna formulera sina egna mål och ta makt över sitt eget liv.

Empowerment innebär att hjälpa människor att ta kontrollen över olika faktorer som påverkar deras hälsa t ex som i detta fall symtom på VVS. Empowerment är en process som främjar välbefinnande och hälsa. Ur patientens perspektiv beskrivs empowerment som en social process där stöd kan hjälpa patienten att möta sina

egna behov samt lösa sina problem, att patienten ska kunna känna kontroll över sitt eget liv och de faktorer som påverkar hälsan (Gibson, 1991). I praktiken innebär det att patienten ska få större självförtroende, bättre självbild och mer kunskap kring sin livssituation (Askheim, 2009). Det sociala stödet är viktigt då det både direkt och indirekt kan förbättra hälsan och välbefinnandet. Inom det sociala stödet finner man olika typer av stöd; det *emotionella* som inkluderar kärlek, omsorg, intimitet, tillgivenhet och uppmuntran, tillit och att ha förtroende för varandra, det *värderande* stödet; feedback som kan öka självförtroendet, ge positivare självbild och självvärdering, det *instrumentella* stödet som innebär direkt hjälp i form av vård och behandling samt det *informella* stödet där man ger råd och information som individen själv kan använda sig av för att kunna hantera problem hos sig själv och i sin omgivning (Angelöw, 2002). Empowerment fokuserar på lösningar istället för problem. Det ser till människans styrka och kunskap istället för vad de saknar och behöver. Empowerment kan ske på många olika nivåer; individnivå, mellan människor och i sociala strukturer. Det finns ingen enkel skala som mäter empowerment eftersom det är en process. Åtgärder som vårdpersonal kan göra som leder till empowerment är att stödja, delta i beslutsprocesser, samarbeta, förhandla, lära in och konsultera (Gibson, 1991). Empowerment innebär att man utvecklar en förtroendefull relation mellan sig själv som personal och patient. Det sker genom att ge patienten tillräckligt med tid, att man finns där för patienten, visar hänsyn, skapar en omtänksam miljö, upprätthåller patientens integritet genom en ömsesidig respekt och minimera ångest. Genom att försöka starta en process av medvetenhet möjliggör det reflektion över den förändrade situationen. Man kan hjälpa en patient att minimera osäkerhet genom realistiska förberedelser. Tro på patientens förmåga och bekräfta genom att stödja och uppmuntra utan att begränsa (Hermansson & Mårtensson, 2011).

Livskvalitet

Livskvalitet kan definieras som individens egen värdering av sin fysiska och psykiska hälsa och tillfredställelse med sin sociala situation (Power, M., Harper, A., Bullinger, M. 1995). Quality of life (QOL) kan definieras som subjektivt välbefinnande. I vilken mån en person kan ta vara på de viktigaste möjligheterna i sitt liv. QOL är resultatet av möjligheter och begränsningar varje person har i sitt

liv samt reflektionen över och samverkan mellan personliga faktorer och miljöfaktorer (Notes on). WHO (1995) definierar livskvalitet som den enskildes uppfattning om sin position i livet i samband med kultur och rådande samhällsvärderingar som mål, förväntningar, normer och intressen. Livskvaliteten ingår i individens fysiska och psykiska hälsa, grad av oberoende, sociala relationer och personliga åsikter. Den yrkesverksamma barnmorskan har bland annat som uppgift att åstadkomma en förändring som genererar större hälsa och livskvalitet (Hulter, 2004).

PROBLEMFÖRMULERING

Vi upplever att tidigare forskning främst fokuserar på orsaker, symtom och behandling vid VVS. Befintliga studier har inte beskrivit barnmorskans professionella roll i arbetet med att främja sexuell hälsa och livskvalitet hos dessa kvinnor. Därför vore det av värde att belysa hur barnmorskor och läkarna i samarbete kan stödja kvinnor med VVS och även förebygga att unga kvinnor drabbas av VVS-symtom.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva hur barnmorskan och läkaren kan stödja kvinnor med vulva vestibulit och förebygga uppkomsten av det.

Frågeställningar

- Vad kan barnmorskan göra för att stödja kvinnor med VVS?
- Hur kan barnmorskan och läkaren komplettera varandra?
- Hur kan VVS förebyggas?

METOD

VAL AV METOD

Vi har valt att använda oss av en kvalitativ metod med en induktiv ansats i denna studie som bygger på intervjuer med barnmorskor och läkare. Vi ansåg att det var en lämplig metod då materialet är av kvalitativt slag och beskriver informanternas kunskaper och erfarenheter. Enligt Wallén (1996) är det nödvändigt att använda sig av en kvalitativ metod när man vill få fram personliga tolkningar i olika

situationer. Det är viktigt att individen som informant får utforma sina tankar och åsikter på ett naturligt sätt (Holme & Solvang, 1997). Människan är själva instrumentet vid ett kvalitativt synsätt (Backman, 1998). När intervjuaren inhämtar information genom intervjuerna är kontexten kring samtalet viktig för att intervjuaren ska förstå sammanhanget och vilken betydelse det har för tolkning och fynd (Malterud, 2003). Det är nödvändigt att bända intervjuer och det är viktigt att i anslutning till intervjun bearbeta materialets alla delar så att inte viktiga detaljer glöms bort (Malterud, 2003; Wallen, 1998).

KVALITATIV INNEHÅLLSANALYS

Kvalitativ innehållsanalys innebär tolkning av texter och det används i synnerhet inom vårdvetenskap, humanvetenskap och beteendevetenskap. Metodens ansats kan vara både induktiv och deduktiv. En induktiv ansats innebär att man analyserar texterna förutsättningslöst. Deduktiv ansats menas med att forskaren arbetar utifrån en bestämd teori. Den lämpligaste metoden för en kvalitativ innehållsanalys är intervjuer. Intervjuerna bör vara tillräckligt omfattande för att kunna utgöra en helhet men inte heller för stor då den måste kunna delas upp i olika meningsenheter under analysprocessen. Texten som analyseras bör ses i sitt sammanhang, vilket innebär att berättelserna från intervjuerna tolkas med medvetenhet. Sanningen ligger i betraktarens ögon vilket är grunden i den kvalitativa analysen (Graneheim & Lundman, (2004); Lundman & Hällgren-Graneheim (2008).

URVAL OCH DATAINSAMLING

Fyra barnmorskor och en läkare tillfrågades. Alla som tillfrågades tackade ja men en barnmorska fick förhinder. Deltagarna bestod slutligen av tre barnmorskor och en läkare. En av barnmorskorna arbetar på en ungdomsmottagning (bm UM), en annan barnmorska arbetar på en barnmorskemottagning (bm BMM) och den tredje barnmorskan arbetar på Sexual medicinsk centrum (bm SMC). Läkaren arbetar deltid på en gynekologisk mottagning. Alla barnmorskor i studien är sexologiutbildade. Kriterierna för att medverka i studien var att barnmorskorna och läkaren hade erfarenhet och kunskap om vulva vestibulit. Avgränsningarna gjordes på grund av att studiematerialet skulle bli för stort i förhållande till

studiens storlek om vi hade valt att intervjua fler deltagare. Intervjuerna ägde rum på en enskild och ostörd plats och spelades in på band. Vi deltog båda i alla intervjuerna, som varade mellan 30 - 120 min. En av oss var samtalsledare och den andra observerade deltagarens kroppsspråk, gester och underliggande budskap. Samtalsledaren utgick från våra frågeställningar vid intervjuerna. Deltagarna fick prata fritt under intervjuerna, vilket gav svar på frågorna men det gav också upphov till mer data i resultatet.

DATAANALYS

Det bandade materialet transkriberades ordagrant. Texten jämfördes sedan med inspelningarna och korrigeringar gjordes efter behov. Enligt Lundman och Hällgren – Graneheim (2008) bör man använda sig av centrala begrepp för att beskriva analysprocessen. Dessa begrepp är; analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema.

Analysenheten var texterna från intervjuerna och intervjufrågorna var domäner. Vi läste igenom texterna. Utifrån intervjufrågorna delades texterna upp i meningsenheter. Meningsenheter består av ord, meningar och stycken som har ett gemensamt innehåll. Sedan gjordes en kondensering vilket innebär att man gör texten kortare utan att väsentlig data försvinner. Den kondenserade texten abstraherades, d v s att det kondenserade innehållet lyfts till en högre logisk nivå. Materialet försågs med koder. Genom att ge det kondenserade materialet koder kan man med det befintliga materialet bilda kategorier. Flera koder med liknande innehåll bildade en underkategori. Flera underkategorier bildade en huvudkategori (bilaga 1).

VALIDITET

Ett viktigt redskap för kritisk reflektion är att ifrågasätta validiteten, nämligen forskningsmetodens och resultatets giltighet, tillförlitlighet samt överförbarhet (Malterud, 2003).

Trovärdigheten beror inte bara på sanningshalten av resultatet utan vi måste själva i forskningsprocessen och i det redovisade materialet visa vilja och förmåga att ifrågasätta genomförandet och slutsatserna i vårt arbete för att det ska bli

trovärdigt enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008). Trovärdigheten i denna studie tas upp i metoddiskussionen. Giltigheten beskriver graden av sanningen i resultatet. Noggrann redogörelse för analys och urval är en förutsättning för att kunna bedöma giltigheten. Ett sätt att värdera giltigheten är att lägga fram evidens genom att visa citat från intervjuerna. Genom att noggrant beskriva analysen styrker man tillförlitligheten under hela forskningsprocessen. Tillförlitligheten ökar om två författare arbetar tillsammans med att analysera resultatet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Överförbarhet innebär att resultatet kan överföras till liknande situationer och delges andra. Resultatet ska gynna andra genom att de bättre kan förstå något inom området (Malterud, 2003).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Vetenskapsrådet har utarbetat fyra forskningsetiska huvudprinciper. De fyra kraven är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Codex, 2009).

Principen är att försökspersonerna ska informeras om forskningen och kunna välja fritt om de vill medverka eller inte. Samtycket ska dokumenteras och försökspersonerna kan när som helst avbryta sin medverkan i studien. Forskaren ska se till att försökspersonerna informeras på ett sätt och med ett språk som de förstår. Informationen ska vara både skriftlig och muntlig och ska innehålla allt som kan tänkas påverka försökspersonernas ställningstagande (Codex, 2009).

I denna studie fick informanterna ta del av forskningspersonsinformation muntligt och genom mail där det framkom att deltagandet var frivilligt, deltagarna delgavs studiens syfte och dess genomförande. Information gavs även om att deltagandet när som helst kunde avbrytas. Allt material behandlas konfidentiellt, vilket innebär att insamlad data endast är till för författarnas förfogande. Den insamlade informationen används endast till denna studie enligt nyttjandekravet (Codex, 2009). När studien är sammanställd förvaras inspelad data från intervjuerna inlåst på institutionen i fall att något bör kontrolleras i efterhand.

Något etiskt godkännande för denna form av studie krävs inte på grund av att studien genomförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller

avancerad nivå, och då faller inte detta arbete under lagen (2003:460) om etikprövning av forskning. Deltagandet i studien är frivillig (Codex, 2009).

Risk – nytta analys

Vi upplevde att risken för att utsätta studiedeltagarna för fysisk eller psykisk skada var låg då intervjuerna skedde enskilt och att det inte framgick vem som sagt vad i studien. Genom att reducera risken för förutfattade meningar som kunde påverka studiens resultat försökte vi vara opartiska genom att ha strukturerade intervjuer där vi båda medverkade. Denna studie har inneburit att informanterna fick bidra med ny kunskap och erfarenhet och detta ansåg vi vara av större värde än eventuella negativa konsekvenser för deltagarna.

RESULTAT

Analysen av texterna från intervjuerna ledde till fyra huvudkategorier och tjugo underkategorier, en översikt av kategorierna presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Sammanfattning av underkategorier och huvudkategorier av intervjudata från tre barnmorskor och en läkare om stöd och förebyggande av vulva vestibulit.

Samtalet	Mötet med kvinnan/ paret
Öka kvinnors medvetenhet	
Information om kroppen	
Undersökningens genomförande	
Partnerns delaktighet	Fokusering kring sex
Går emot sina egna känslor	
Prestation	
Katastroftankar, undvikande beteende	Åtgärder för lindring
Ingivande av hopp	
Arbeta i team	
Samlagsförbud	

Preventivmedel	
Beröring av underlivet	
Beröring via rectum	
Spänningar i muskler	
Avslappning och träning	
Uppföljning	
Lyhördhet för kroppens signaler	Lyhördhet för egna kroppen
Lyhördhet för egna känslan	
Lyhördhet för lubrikation	

MÖTET MED KVINNAN/PARET

Ingen av de intervjuade använder ordet vulva vestibulit på grund av att det låter så medicinskt och att det inte är en inflammation som det låter av namnet. De kallar det överkänslighet eller smärttillstånd. Fler kvinnor söker idag direkt för samlagssmärta, VVS än för tio till femton år sedan. En av barnmorskorna upplevde att kvinnorna nämnde det i förbifarten när det kom till mottagningen för exempelvis preventivmedelsrådgivning. Samtliga intervjuade talar om vikten av att bygga upp en kontakt med kvinnan och avsätta tid för besöket och möta kvinnan där hon är. Jämfört med andra smärttillstånd är smärta i underlivet ett mycket laddat ämne, det är vanligt att kvinnorna känner skuld och skam. Kvinnorna kan ha varit i kontakt med vården tidigare och upplevt att de inte blivit tagna på allvar. Många kvinnor har sökt på internet om sina symtom och själva diagnostiserat sig.

Samtalet

Samtliga intervjuade tar en ingående anamnes vid första besöket, både medicinsk och psykosocial för att få en samlad bild av kvinnan. Det är bra att fråga kvinnan vad hon förväntar sig av besöket, vad hon tror att hon kan få hjälp med. Läkaren använder sig ofta av ett skattningsformulär som kvinnan får fylla i. Det innehåller många somatiska frågor och läkaren upplever att kvinnan känner att hon blir tagen på allvar.

Bm BMM: *Det första jag frågar är hur länge hon haft ont. Om det kom i samband med en speciell händelse. Om det kanske kom i samband med förlossning eller i samband med en dålig relation, exempelvis övergrepp. Det kan vara något som startat det hela. Jag frågar givetvis hur det känns. Om det är som värk eller svider och bränner. Om det känns ytligt, precis vid ingången till slidan eller på djupet. Om det är på grund av en ställning [samlagsställning] eller så. Och så väldigt ofta är det den brännande och svidande smärtan som sitter precis innanför slidmyningen då, ofta i botten av slidan någonstans där bränner det till, gör ont precis när han ska föra in penis.*

Öka kvinnors medvetenhet

Intervjuarnas erfarenheter var att flera av kvinnorna de träffat ofta har andra besvär som till exempel stress, ångest, oro, depression och sömnstörningar. Läkaren menar att det som minskar smärta är att patienten har kunskap, kontroll och kan slappna av. Det är viktigt att kvinnan informeras om hur kroppen fungerar för att hon ska kunna förstå sin situation och bli mer medveten om sin kropp.

Läkare: *Om du inte förstår att det handlar om dig själv, hur du ser på dig själv då händer det inte så mycket. Då har man inte det jag kallar för samsyn.*

Bm BMM: *Tycker många kommer underfund med att de stressar mycket, har lite mycket omkring sig, lever i fel relation eller har för bråttom.*

Det kan handla om omedvetna förväntningar på sexuallivet men också på en omedvetenhet om känslors betydelse om känslor för sexualiteten.

Bm UM: *Vet inte om man får med sig från samhället att det alltid ska fungera, och att sexualiteten ska vara ett rakt streck. Det ska inte vara några avbrott eller svackor i den. Det ska vara samma hela tiden, det får man också förklara. Så kommer det inte att vara, för sexualitet är en känsla. Man är inte jätteglad eller jätteledsen hela tiden, då är det något fel. De [känslorna] kommer att följa ditt liv beroende på vad du gör, vad som händer, påverkan av stress.*

Information om kroppen

Alla de intervjuade i studien var noga med att gå igenom anatomin i underlivet med kvinnorna. Det är viktigt att de får bekanta sig med sitt kön. Information ges om hur man fungerar och vad som händer när man blir upphetsad.

Bm BMM: Vi pratar om vikten av att vänta in. Inte bara att kvinnan blir våt i underlivet utan blir svullen med. Först blir man våt å då kan man föra in penis och då vet man och kvinna om att det är ok, men en del har lite för bråttom där. Så om man väntar ännu lite till och har längre förspel - hon blir så upphetsad att hon nästan får orgasm - man för in penis - då har underlivet fyllts upp med blod så att det är svullet som kuddar som bäddar in den här ömma punkten, då kanske det inte gör ont.

Läkaren: Men tappar du upphetsningen blir det inte det [inte lubrikation]. Då blir det här området baktill vid slidöppningen väldigt utsatt för nötning.

Undersökningens genomförande

Vanligtvis görs en gynekologisk undersökning, det är viktigt att ta god tid på sig. De intervjuade menade att det är viktigt att kvinnan vet att hon från första stund kan säga nej om hon inte vill eller om det gör ont. De menade även att det är bra om man observerar kvinnan när hon sätter sig i gyn stolen för att se hur hon betar sig. Känns det okey för kvinnan fortsätter man undersökningen. Inte sällan används spegel vid undersökningen för att visa kvinnan hur anatomin ser ut men också för att se hur kvinnan förhåller sig. Först tittar man utanpå för att se om det är någon rodnad eller prick. Tycker kvinnan att det är okey så känner man med fingret och eventuellt kan man använda instrument. Det är viktigt att alltid använda varma instrument med glidslem på när man undersöker kvinnan.

Läkaren: Jag brukar säga: "Det är bra om du ligger tung, tappar benen i benstöden, släpp ner skinkorna" och ser om hon kan det och så ser du hur spänd hon är. "Nu kommer jag ge dig instruktioner. Nu ska du knipa som om du är kissnödig, sen ska du släppa, så får man se om hon gör det". Om jag sen ska föra

in instrumenten ger jag henne instruktioner om att krysta lite. ”Tryck lite utåt”.

En del är så spända att de inte kan det.

Bm BMM: ... då tar jag bara en handske med lite glidslem på, så håller jag bara ett finger på sidan av slidöppningen först, och så provar jag sakta, sakta å föra in en liten bit i taget, löst först och så trycker jag lite, så får hon säga till om det gör ont. Hon vet att jag slutar direkt om hon säger till.

Bm BMM: Ofta har de en punkt som ömmar, då brukar jag trycka lite, så får hon andas långa djupa andetag, försöka slappna av, ibland får hon knipa, ibland får hon krysta, för att jag ska känna att hon har kontakt med underlivet. En del har haft så ont så länge att de stänger av, inte har kontroll på å knipa å krysta. Då e ju det en viktig signal för då har det gått ganska långt. De flesta kan det, då brukar jag berömma dem för att det fungerar. Hela tiden prata om det som är bra... det gäller verkligen att ge dem hopp och förtroende och bekräfta att hon känner den här punkten [som barnmorskan berör].

Läkaren: ...” prova igen att knipa och släppa och trycka utåt”. Då känner jag med fingret en bit in och bedömer hur mycket vaginism det är. Sen brukar jag titta med instrument om det är ok för henne.

Man kan använda sig av ett test för att se om kvinnan är överkänslig mot beröring i underlivet, så kallad hyperestesi med hjälp av en bomullspinne. Det är inget som hindrar att barnmorskan gör det likaväl som gynekologen.

Läkaren: NaCl på vanlig bomullspinne och så rör man först mellan [klockan]10 och 2 och så på 7 och 5. Försök att göra samma tryck, vad är normalt och inte. Alla är ju känsliga här och är det någon sidoskillnad eller inte. Och så tittar man sen på om det är rätt. Bomullstopstestet är bra att göra för det är bra att göra någonting, här ska jag undersöka dig. Det är en bra sak att göra konsekvent på de här kvinnorna för man kan sen göra om det igen när de kommer tillbaka och bedöma om patienten tycker det är någon skillnad.

Bm SMC: *det är inte ovanligt med smärta vid klockan fem, sex och sju. Men det kan också vara hela vägen.*

Partnerns delaktighet

Barnmorskorna erbjuder ibland partnern att följa med vid något samtal, beroende på kvinnans situation. Det kan vara bra att partnern får kunskap om smärtan och hur det påverkar kvinnan. Det kan vara lämpligt för att se hur paret relation är.

Bm BMM: *... första pojkvännen, relationen man haft, hur den har varit, då säger många att det är skönt att komma själva.*

Bm UM: *Det kan vara att man inte ska bekräfta den relationen så starkt, mer individuellt fokus.*

Bm SMC: *... jag får en samlad bild av kvinnan, sen träffar jag ofta paret, se om partner är med och dansar med i patientens negativa tankegångar.*

FOKUSERING KRING SEX

Utifrån intervjuarnas erfarenheter är det ofta kvinnor som lever i en längre relation som drabbas av smärta vid samlag av den typ som vi beskriver. Det är sällan kvinnor med många sexpartners som drabbas av VVS. Kvinnor kan ha haft penetrationssex utan att vara upphetsade. Många kvinnor går med på att ha penetrationssex under ganska lång tid trots att det inte känns bra och till slut säger kroppen ifrån.

Går emot sina egna känslor

Det kan handla om att kvinnan belönat sin partner, hon har gått emot sina egna känslor av hänsyn till partnern och då har det blivit fel. Kvinnorna ser sex som något som ska ingå i relationen. De intervjuade menar att kvinnorna inte har varit tillräckligt tända och har därför inte fått lubrikation vilket gör att det ökar friktionen och kvinnan får ont. Läkaren berättade att hon träffat kvinnor i 65-70 års ålder som omedvetet gått emot sina känslor under tidigare relationer.

Kvinnorna kan ha varit gifta och fött barn. De har på senare tid inlett en ny relation och först då upplevt sexuell njutning.

Barnmorskan på ungdomsmottagningen berättar att hon har mött kvinnor som inlett en relation, som till en början fungerat bra. Efter ett tag har relationen övergått till en kompisrelation mer än en kärleksrelation. Kvinnan tänder inte längre på sin partner men de har ändå sex. Barnmorskan menar att en del kvinnor inte inser att det kan vara så utan de tror att de vill ha sex i den relationen.

Bm UM: *Det ligger lite i tiden att man ska vara så sexuell, sexig, alltid redo. Det lär sig ju unga tjejer, man drillas in i den fållan.*

Prestation

Många kvinnor är väldigt kravfyllda, prestationsinriktade. Kvinnor vill kunna ha sex, de vill falla inom ramen för det normala. Man förväntar sig att det sexuella bara ska fungera.

Bm UM: *... man ska ha VG i allt, i samlag också...*

Läkaren: *Likaväl som hon ska ha en Iphone, ta körkort så vill hon kunna ha sex. Det är en prestation.*

Katastroftankar, undvikande beteende

Läkaren menar att det är viktigt att man lär känna igen undvikande beteenden och katastroftankar hos kvinnorna. Kvinnorna har ofta ett katastroftänkande, liknande som vid förlossningsrädsla då kvinnorna tänker att det kommer aldrig fungera, det kommer aldrig bli bra.

Läkaren: *undvikande beteende, exempel: använder inte tampong, går inte på cellprovtagning, har inte samlag, undviker killar för att till sist inte ingå i någon relation - eftersom jag inte kan ha samlag- undvikande beteende.*

Bm SMC: *... sen har jag väldigt mycket genomgång av hur man tänker, varför man har kommit hit. Det handlar om medveten närvaro... Man får bearbeta sina*

tankar, man får komma till ett slags accepterande, och det handlar inte om att ge upp, utan det handlar om att man inte gömmer sina tankar eller skjuter bort dem, utan att man tar till sig tankarna och man får titta på dem. Tankarna kommer och går och med tiden får de inte samma känslighet.

Bm SMC: ... generellt ökad ångestnivå. Man oroar sig, inte helt ovanligt att man har panikångestproblem, fobier eller tvång så det [vestibuliten] kan vara förknippat med en ökad ängslighet tycker jag.

ÅTGÄRDER FÖR LINDRING

I intervjuerna framkom det att det är viktigt att man tillsammans med kvinnan kommer fram till rimliga behandlingsåtgärder som kvinnan känner sig bekväm med. En del av åtgärderna går ut på att ge kvinnan hemuppgifter som man sedan följer upp.

Ingivande av hopp

De intervjuade anser att de flesta kvinnor blir bättre eller till och med bra. Hälften blir bra på något år utan att de fått hjälp. De kanske har bytt partner, flyttat, bytt jobb eller något annat. Samtliga intervjuade tycker att det viktigaste man kan säga till kvinnan är att hon kommer bli bra eller bättre. Man kan inte säga hur lång tid det kommer ta eller med vilken partner, men hon kommer bli bättre.

Bm UM: Jag säger att jag träffat många, att de vet att de inte är ensamma i det här. Inte speciellt ovanligt att det är en period i livet då det inte fungerar. Och jag kan inte riktigt säga vad det beror på för det vet man inte ... men det kommer bli bättre. För det blir det.

Arbeta i team

De intervjuade betonar att det är bra om man kan arbeta i team, barnmorskor, sexual rådgivare, läkare, sjukgymnast, kurator, psykologer och familjerådgivare på grund av att många av kvinnorna med samlagssmärter även har andra problem som exempelvis spänd bäckenbotten, psykosomatiska besvär eller relationsproblem. Alla barnmorskorna i studien remitterade kvinnorna till läkare för att utesluta att det inte beror på andra sjukdomstillstånd som orsakar smärtan

exempelvis eksem eller svampinfektioner. Det är läkarens uppgift att ställa diagnosen, det får inte barnmorskan göra trots om hon är säker på att det handlar om VVS.

Läkaren ansåg att det var svårt att anlita sjukgymnast för resurser saknas, även om alla patienter inte kan träffa en sjukgymnast så är det bra om läkare och barnmorskor kan ha möjlighet att samarbeta med sjukgymnast. Två av de intervjuade rekommenderar att man samarbetar med sjukgymnaster som är inriktade på att minska spänningstillstånd i bäckenbotten och som arbetar med kroppskännedom, som går ut på att få ihop kropp, känslor och reaktioner. En av barnmorskorna poängterade vikten av att man pratar ihop sig inom teamet, så att inte barnmorskan säger en sak och läkaren en annan, vilket ibland försvåras av att det förekommer stafettläkare på mottagningen. En annan barnmorska har uppmärksammat att en del kvinnor som har en terapeutisk kontakt inte pratar om sex med terapeuten, kvinnan själv delar upp kroppen. Barnmorskan tror att många terapeuter har svårt att ta upp att prata om sex för att de själva inte har tillräckliga kunskaper i ämnet och att det brister i terapeutens sätt att arbeta. Barnmorskan råder därför kvinnan att berätta för terapeuten om sina besvär och att hon besöker en barnmorska för det.

Bm BMM: Skriver ibland remiss till psykolog. Om jag skrivit remiss till psykolog så tar det flera månader innan de får tid, så kan de komma till mig i väntan på tid. Så att man börjar, inte bara släpper det och skickar vidare, då många redan harfått förtroende här.

En av barnmorskorna anser att kombinationen av kvinnornas problem inte är konstigare än någon annan psykosomatiskt åkomma som man kan drabbas av. När det handlar om underlivet blir det så laddat för att det är så viktigt att det ska fungera.

Samlagsförbud

Alla intervjuade tycker att kvinnorna bör undvika penetrationssex. Uppmuntra till annan typ av sex, viktigt att båda njuter. Lever de i en relation kan man använda

sig av sensualitetsträning som är ett annat sätt att närma sig varandra (bilaga 2). De bör inte fokusera så mycket på de intima kroppsdelarna. Sensualitetsträning upplevs positivt av kvinnorna, de slappnar av. Många män blir även glada då de får mer närhet av den här övningen.

Läkaren: *samlagsförbudet är också till för att du [kvinnan] ska bli lite sugen.*

Preventivmedel

Äter kvinnan p-piller rekommenderar läkaren att de tar en paus från det i cirka tre månader på grund av att en del får mer lust och mår bättre utan p-piller. Överlag tar barnmorskorna bort alla hormoner då de anser att det är onödigt att äta p-piller när kvinnorna ändå inte bör ha samlag när det gör ont. På ungdomsmottagningen informerar barnmorskan noggrant kvinnorna om att de bör skydda sig mot oönskad graviditet om de ändå har samlag.

Beröring av underlivet

Alla utom en av de intervjuade arbetade med att kvinnorna får träna hemma på att massera underlivet med någon olja eller fet kräm, till exempel Decubal eller Locobase. Kvinnorna bör smörja underlivet varje dag och knipa och krysta dels för att få kontroll av den delen av kroppen och dels för att förbättra cirkulationen.

Läkaren: *"... kan inte säga hur snabbt [du blir bättre] eller i vilken grad, men om du börjar smörja varje dag och om du efter någon vecka börjar ta i lite, så är det så att det här systemet anpassar sig till det."*

Bm BMM: *Jag ger en hemuppgift, att själv känna med sitt finger på den ömma punkten, pressa lite, andas långa djupa andetag, slappna av, gärna knipa krysta själva för att känna var de har sitt underliv.*

En av barnmorskorna tyckte däremot att kvinnorna inte behöver göra något som är besvärligt eller gör ont utan istället avlasta underlivet.

Beröring via rectum

En av barnmorskorna beskriver att man kan behandla spänningstillståndet i bäckenet med triggerpunktbehandling via rectum. Det är en behandlingsmetod som är ovanlig i Sverige. Barnmorskan har ännu inte börjat använda metoden men tanken är att det ska initieras. Det är viktigt att man i samråd med kvinnan kommer överens om man ska använda det som ett behandlingsalternativ.

Bm SMC: Man [barnmorskan] går in rektalt, tar tag i svanskotan och känner ut med svansbenet, känner med fingret och trycker triggerpunkter, och det gör ont. Efteråt blir det en avslappning i bäckenbotten.

Spänningar i muskler

En av barnmorskorna har upplevt att många kvinnor har enorma spänningstillstånd i axlar och andra delar av kroppen. Likaväl som de kan ha för högt spänningstillstånd i nacke och rygg kan de ha det i bäckenet. Det är inte ovanligt att smärta vid penetrations sex och vaginism hör ihop. Två av de intervjuade menade att det finns gemensamma drag hos kvinnor med samlagssmärter, att de har ett för högt spänningstillstånd i bäckenet. Det är viktigt att kvinnorna blir medvetna om att de har spänningarna där, att de får kontakt med sin kropp. En av barnmorskorna har upplevt att en del kvinnor är spända i bäckenbotten, och det tror hon beror på att de har haft ont under en längre tid.

Bm BMM... ofta kanske det [spänningarna i bäckenbotten]kommer som steg två, får jag en känsla av.

Avslappning och träning

En av barnmorskorna rekommenderar kvinnorna att lära sig slappna av. De bör unna sig en lugn stund på morgonen och en på kvällen, cirka 45 minuter varje gång.

Bm SMC: ... gå in i ett lugnt rum där man kan stänga ögonen, inte ha så mycket synintryck, inte så mycket ljud och bara gå in och koncentrera sig på hur det

känns i kroppen, ungefär som medveten närvaro. För att upptäcka hur man har det i sin kropp med spänningstillstånd.

Tre av de intervjuade tog upp att yoga kan vara en bra träningsform då det är mycket stretch och avslappningsövningar. En av barnmorskorna brukar höra sig för om kvinnan är fysisk aktiv, om hon går på gym. Hon förklarar att träning är bra bara det inte går till överdrift.

Uppföljning

De intervjuade ansåg att det var viktigt att man följde upp kvinnorna två till fyra veckor efter första kontakten. De poängterar vikten av att dokumentera besöken och behandlingsförslagen noggrant för att vid eventuell utebliven förbättring se vad man skulle kunna ändra på.

Bm SMC: ... ibland vill en del träffas lite oftare, jag följer alltid upp det.

LYHÖRDHET FÖR EGNA KROPPEN

Lyhördhet för kroppens signaler

De intervjuade menade att vi borde fråga kvinnorna mer om sex när vi träffar dem på mottagningarna. Att man bryr sig om det, då det är en viktig del i livet. Vi lever i ett samhälle där det är mycket stress, en del kvinnor får besvär med migrän, stresshuvudvärk, besvär i nacke och skuldror och en del kvinnor får besvär i nedre delen av bäckenet. En av barnmorskorna upplevde att stress är den vanligaste orsaken till lustproblem.

Bm SMC: För att motverka det [lustproblem]ska man lyssna mer på sin kropp.

Läkaren: Vill bara säga att det [förebygga vestibulit] är allas vår uppgift på något sätt.

Lyhördhet för egna känslan

Barnmorskan på ungdomsmottagningen frågar alltid kvinnorna om hur de upplever sitt sexualliv när hon skriver ut preventivmedel. Hon anser att det är ett bra tillfälle att ta reda på om det är något kvinnan verkligen vill.

Bm UM: *Frågar alltid tjejerna hur sex funkar, det är en del av att få preventivmedel. Vill man detta? Även när de kommer för dagen- efter- piller frågar vi; "Var det [sex] något du ville eller Vad är det som har hänt? Ville du ha det på det här sättet? Var det OK för dig?"*.

Lyhördhet för lubrikation

Samtliga intervjuade pratade om vikten av att kvinnan måste vara ordentligt upphetsad innan penetrationssex, att inte ha för bråttom. Hon ska hinna få lubrikation och underlivet ska fyllas med blod så underlivet svullnar, och blir polstrat. Lubrikation motsvarar mannens stånd och man undviker nötning av slemhinnan.

Bm UM: *När det gäller sex, att man även där lyssnar på sin kropp. Att man verkligen är tänd ordentligt, att man inte går med på sex om man inte vill.*

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Metoden som använts i studien är kvalitativ metod som ansågs vara den metod som svarade mot studiens syfte, vilket var, att beskriva hur barnmorskan och läkaren kan stödja kvinnor med vulva vestibulit och förebygga uppkomsten av det. En kvalitativ metod syftar till att beskriva någons upplevelse eller åsikt om en viss företeelse (Trost, 2010).

Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) används begrepp som giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet för att beskriva validiteten i kvalitativ innehållsanalys. Forskningsresultatet anses vara giltigt om det lyfter fram de typiska faktorerna som studien är avsedda att beskriva. I denna studie var detta hur barnmorskor och läkare kan stödja kvinnor med vestibulit. Vi anser att vi fick

fram det i studien, då vi med hjälp av de intervjuades erfarenheter beskrev de typiska faktorerna genom innehållet i studiens kategorier både i bearbetad text och verifierat med citat för att säkra validiteten.

Vi gjorde ett systematiskt urval utifrån våra kriterier som var att de intervjuade skulle arbeta med vestibulit. Enlig Holme och Krohn Solvang (1997) förutsätter ett systematiskt urval att vi har kunskap om de intervjuades arbetsområden. Genom att använda sig av en medveten strategi kan man få fram det man undersöker i studien.

Informantintervju innebär att den intervjuade innehar mycket kunskap om det ämne som ska studeras (Holme & Krohn Solvang, 1997). Förkunskaper om ämnet VVS har vi skaffat oss genom att ha läst kurslitteratur samt vetenskapliga artiklar.

Vi ville få ett så stort informationsinnehåll som möjligt i vår studie, därför använde vi oss av intervjupersoner som antogs ha rikligt med kunskap om VVS. Genom att de intervjuade arbetar på olika arbetsplatser och träffar kvinnor i olika åldrar försäkrade vi oss om största variation i urvalet. Att de intervjuade var erfarna och hade kunskaper i ämnet ökar trovärdigheten av resultatet trots att endast fyra stycken intervjuades.

Intervjupersonerna delgavs innehållet i Forskningspersonsinformation (bilaga 3) och gav därefter sitt informerade samtycke till att vara med i studien. De intervjuade var positivt inställda på att medverka i studien då de fick möjlighet till att bidra till ny kunskap i ämnet.

De intervjuade hade fått frågorna i förväg vilket gjorde att de var väl förberedda, de hade avsatt tid för intervjuerna ett par veckor i förväg så det inte skulle påverka deras ordinarie arbetstid. Under intervjuerna var en av oss samtalsledare och den andra observatör, vi upplevde att det gav oss en mer grundlig tolkning av intervjumaterialet. Frågorna som användes vid intervjuerna motsvarade syftet med studien. Frågan ”*Vad kan barnmorskan göra för att stödja kvinnor med VVS?*” var mycket uttömmande och gav upphov till att denna studie fick ett brett innehåll. Ytterligare frågor uppkom under intervjuerna. Ett exempel på en sådan

fråga var *"brukar du bjuda in kvinnans partner för samtal?"* vilket bidrog till ännu mer uttömmande svar. Eftersom det finns åtskilliga andra orsaker till smärta vid samlag hos kvinnor var det på grund av uppsatsens storlek nödvändigt att begränsa studien till VVS, för att kunna få fram ett så konkret och användbart material som möjligt. Vi ville med denna studie få fram ett material som andra praktiserande kan använda som ett hjälpmedel när de möter kvinnor med VVS. Enligt Malterud, (2003) innebär överförbarhet att resultatet kan hjälpa andra att bättre förstå något inom området. Detta upplever vi att denna studie har bidragit till.

Studien har vissa begränsningar. En begränsning är omfattningen av uppsatsens storlek (15hp), vilket innebar att det inte gavs utrymme för fler informanter än dem vi hade tillfrågat. Att vi fick bortfall av en informant skulle kunna vara en begränsning om man inte får ihop tillräckligt med datamaterial för studien. Vi upplever dock att vi genom våra frågeställningar fått ihop ett dataunderlag som svarar väl mot dessa med hänsyn till studiens storlek. Valet av kvalitativ innehållsanalys var lämplig med tanke på datas konkreta karaktär. För att minska risken för feltolkning har vi båda varit närvarande vid samtliga intervjuer. Båda författarna har tolkat texterna, kodat och kategoriserat innehållet tillsammans för att öka tillförlitligheten. Uppsatshandledaren har medbedömt och slutligen bekräftat kategorierna som framkommit.

RESULTATDISKUSSION

I resultatet framkom det hur läkare och barnmorskor arbetar för att stödja kvinnor med VVS. Studien bygger på de intervjuades kunskaper och erfarenheter om VVS. Studien visar hur barnmorskan och läkaren kan gå till väga i mötet med kvinnan med VVS och hur man ska gå tillväga med undersökning och behandling. Det framkom även hur VVS ska förebyggas. Samtliga frågeställningar besvarades i studien.

Mötet med kvinnan

I studien framkom det att det är viktigt att man tar en ingående anamnes vid första besöket med kvinnan så man får en samlad bild av henne. Man tar både en medicinsk och psykosocial anamnes på grund av att VVS kan bero på många olika

saker. Kvinnan får beskriva hur smärtan känns i underlivet och om symtomen uppkom under någon specifik händelse. Hulter, (2004) menar att för många kvinnor är sexuallivet ett mått på god hälsa och det bidrar till att en högre livskvalitet. Enligt Power, et al., (1995) beskrivs livskvalitet som individens egen värdering av sin psykiska och fysiska hälsa och tillfredställelse med sin sociala situation. SFOG (2003), Bohm-Starke och Rylander (2000) menar att en noggrann anamnes och den kliniska bilden man får vid en gynekologisk undersökning ofta räcker för att ställa diagnos.

Studien visar hur man kan göra för att undersöka en kvinna med VVS. Det framkom att det är viktigt att man tar god tid på sig vid undersökningen och att kvinnan vet att hon måste säga nej om det känns jobbigt. Vid undersökningen bedömer man bland annat hur spänd kvinnan är i bäckenbotten, om hon kan knipa och krysta. Under undersökningen menar de intervjuade att det är bra att använda sig av en spegel för att kunna visa kvinnan hur hon ser ut i underlivet och se hur hon förhåller sig till det. I en tidigare studie (SFOG, 2003) har det beskrivits hur man genom ett pedagogiskt arbetssätt kan hjälpa kvinnan under undersökningen. Genom att berätta på ett enkelt sätt hur kvinnans anatomi i underlivet ser ut och vad som händer i kroppen när man blir sexuellt upphetsad kan kvinnan känna sig mindre hjälplös och förtvivlad. Efter undersökningen berättar man för kvinnan om undersökningsresultatet.

Arbeta i team

De intervjuade i studien talade om att man måste bygga upp en kontakt med kvinnan och möta henne där hon är. En av barnmorskorna menar att om kvinnan har psykosomatiska besvär och behöver remitteras vidare, exempelvis till en psykolog får hon gå kvar hos barnmorskan i väntan på en tid hos psykologen. Viktigt är att kvinnan känner att hon kan tala med någon som hon känner förtroende för.

Bohm-Starke, et al (1999) menar att de vanligaste symtomen för VVS är smärtsamma samlag, brännande känsla i vulva, rodnad, inflammation och klåda. Rodnad kan ses även hos friska kvinnor enligt Bohm-Starke och Rylander (2000). De intervjuade i studien var noga med att poängtera att VVS inte är en

inflammation utan ett smärttillstånd. Klåda kan antas bero på en svampinfektion men barnmorskorna remitterade alltid kvinnorna till läkare för att utesluta andra medicinska orsaker till smärtan och för behandling av ett eventuellt medicinskt sjukdomstillstånd. Det är läkarens uppgift att ställa diagnos, det är inget som barnmorska får göra.

Åtgärder för lindring

Det framkom i studien att det fanns kvinnor som varit i kontakt med vården tidigare för sin smärta i underlivet men som inte upplevt att de blivit tagna på allvar. Detta stämmer också överens med tidigare forskning som i studien av Connor, et al., (2008) beskrev hur kvinnor med VVS upplevde frustration och hopplöshet över att de blev omkringskickade inom vården utan att få någon professionell hjälp. Gibson (1991) menar att vårdpersonal inte kan stärka en människa, utan människan kan endast stärka sig själv. För att en patient som mår dåligt ska klara sig kan vårdpersonal stödja patienten till att utveckla och använda resurser som främjar en känsla av kontroll i sitt liv. Det är viktigt med ömsesidig respekt mellan vårdpersonal och patient samt att förtroende är en nödvändig förutsättning i processen för empowerment.

Studien visar att de intervjuade upplevde att flera av kvinnorna de träffat som har VVS även har andra besvär med stress, oro, ångest, depression och sömnstörningar. Resultatet i studien stämmer överens med vad tidigare studier visat, att många kvinnor med VVS lider av bland annat kronisk stress (Bohm-Starke & Rylander, 2000; SFOG, 2003., & Ehrström, et al., 2009). SFOG (2003) beskriver att psykisk hälsa har betydelse på upplevelsen av långdragen smärta och att smärta kan leda till att man blir deprimerad. Läkaren i studien menar att kunskap, kontroll och avslappning kan göra att smärtan minskar. Därför är det viktigt att man i mötet med kvinnan informerar henne om hur kroppen fungerar så hon kan förstå vad symtomen eventuellt kan bero på. Hulter (2004) menar att barnmorskan kan åstadkomma en förändring som kan leda till att öka kvinnors hälsa och livskvalitet. Studien visar hur barnmorskan kan hjälpa kvinnor med att bearbeta sina tankar för att nå medveten närvaro. Robinson, et al. (2002) beskriver vikten av att ha en bra självbild, att man är i harmoni med sin kropp för att uppnå sexuell hälsa.

VVS kan bero på många olika saker, därför kan det vara ett svårbehandlat tillstånd (SFOG, 2003; Bohm-Starke & Rylander, 2000). Enligt de intervjuade är det viktigt att man talar med kvinnan om de olika behandlingsalternativen, vad som kan passa bäst för just henne. Det är viktigt att kvinnan känner sig bekväm med den behandling hon får. Gibson (1991) menar att man ska fokusera på lösningar och inte problem. Detta fann vi i studien, där det framkom att man ska bekräfta kvinnan i hennes situation, men att man fokuserar på att hon kommer bli bättre och verkligen ge henne förtroende samt berömma henne för de framsteg hon gör. Samtliga intervjuade i studien menar att det viktigaste är att inge hopp.

Tidigare studier (SFOG, 2003; Bohm-Starke & Rylander, 2000) har visat att de första behandlingsåtgärderna är att kvinnan inte bör tvätta underlivet med tvål, hon bör ta en paus från preventivmedel i minst tre månader och hon ska inte ha penetrationssex, förbud mot vaginala samlag. I studien framkom det att tre av de intervjuade rekommenderar kvinnan att ta en paus från preventivmedel på grund av att det kan göra att en del kvinnor får mer lust och mår bättre. Andra studier har visat att det finns ett samband mellan bruk av p-piller tidigt i den fertila perioden och VVS och att de flesta kvinnor som fått VVS använt p-piller när de fått symtomen (Johannesson, et al., 2007; Bohm-Starke & Rylander, 2000). Studien av Johannesson et al. (2007) visade på att slemhinnan i vagina blivit tunnare av p-piller men att det inte finns något samband mellan förtunnad slemhinna och mekanisk smärtekänslighet. Samtliga intervjuade i studien råder kvinnan att inte ha penetrationssex utan fokusera mer på andra former av sexuellt umgänge. De intervjuade rekommenderar kvinnan sensualitetsträning vilket både kvinnan och mannen brukar uppleva som positivt då de får känna närhet av varandra.

Tre av de intervjuade i studien rekommenderar kvinnorna att träna hemma på att massera sitt underliv med någon olja eller fet kräm, gärna varje dag och att de samtidigt övar på att knipa och krysta för att de ska få kontroll på sitt underliv. De intervjuade menar att kroppen kommer anpassa sig till smärtan man känner när man trycker och masserar på den ömma punkten och gör man det varje dag så kommer det kännas bättre efter någon vecka. En tidigare studie har visat att

kvinnor som fick smörja sitt underliv med Xylocaingel under fyra månader blev helt botade eller kände en förbättring efter ett år (Danielsson, et al., 2006).

I studien framkom det att en av barnmorskorna har tänkt börja använda sig av triggerpunktsbehandling via rectum. Det kan vara väldigt känsligt för kvinnan att genomgå denna behandling så det är viktigt att man i samråd med kvinnan kommer överens om man ska använda denna behandlingsmetod. Metoden är fortfarande ovanlig i Sverige och det är få som har utbildning i det. Det är viktigt att endast de som har utbildning i triggerpunktsbehandling via rectum använder metoden.

Enligt Hulter (2004) räcker inte medicinsk kunskap för att hjälpa kvinnor med sexuella problem. Ofta har kvinnor även psykosomatiska besvär där det krävs att man behandlar dem genom att de får träffa någon med psykologiska kunskaper. Enligt SFOG (2003) och Ehrström, et al. (2009) är det viktigt att man tar hänsyn till kvinnornas psykosomatiska besvär vid behandling av vulva vestibulit. I studien framkom det att alla de intervjuade tycker att man ska arbeta i team på grund av att kvinnor med VVS även kan ha andra besvär som andra yrkeskategorier har mer kunskap om än läkare och barnmorskor. SFOG (2003), Bohm-Starke och Rylander (2000) menar att man i svåra fall bör samarbeta med gynekologer, barnmorskor, sjukgymnaster, kuratorer och psykologer. Det framkom i studien att det är viktigt att man pratar ihop sig inom teamet så kvinnan inte får olika besked.

Lyhördhet för egna kroppen

Läkaren i studien menar att det är allas vår uppgift som barnmorskor och läkare att förebygga VVS. För att kunna göra det menar de intervjuade att vi borde fråga kvinnor mer om sex när vi träffar de på mottagningarna för att fånga upp dem, till exempel när kvinnorna kommer för att få p-piller eller när de kommer för att ta cytologprov. Enligt Sundström (2009) ingår det i barnmorskans arbete att prata med kvinnor om deras sexualitet för att förebygga sexuell hälsa. Sex är en viktig del i människans liv och därför borde vi bry oss mer och fråga kvinnorna om de har några problem med underlivet. Enligt Hulter (2004) borde läkare och barnmorskor erbjuda mer stöd för det sexuella samlivet. Kvinnor behöver råd och

stöd för att få ett mer aktivt och lustfyllt liv. Kvinnor söker gynekolog för besvär med underlivet men får besked att allt ser bra ut. Gynekologen bedömer det kroppsliga hälsotillståndet. Hulter (2004) menar att det är förvånansvärt få gynekologer som engagerar sig i hur underlivet fungerar för njutning.

I studien framkom det att kvinnor bör lyssna mer på sin kropp. Stress är en vanlig orsak till lustproblem. Har man inte lust ska man inte ha penetrationssex. Det är viktigt att man är ordentligt upphetsad innan man har penetrationssex, är man inte upphetsad uteblir lubrikationen och det gör att det blir en nötning av slemhinnan vid samlag och kvinnan får ont. Om det får fortgå får kvinnan ett mindre njutbart sexuellt samliv. I en tidigare studie av Bohm-Starke och Rylander (2000) beskrevs de att dagens samhälle fokuserar mycket på samlagsteknik och porr vilket kan göra att tjejer med dåligt självförtroende känner stora krav på sig själva vilket kan göra att de inte får lubrikation vid samlag. WHO definierar sexuell hälsa som en möjlighet att kunna utöva säker och njutbar sex.

Konklusion och framtida forskning

I tidigare forskning framkommer det att kvinnor med VVS ökar i populationen och därmed ökar behovet av hjälp och stöd till dem. Detta ställer i sin tur högre krav på dem som möter dessa kvinnor däribland barnmorskorna. Just för att etiologin är oklar och beror på flertalet somatiska och psykologiska faktorer, involverar detta flera yrkesgrupper. Det var svårt att finna studier som beskrev just barnmorskans professionella roll i arbetet med att främja sexuell hälsa och livskvalitet hos kvinnor med VVS. Detta gjorde det än mer angeläget att få fram klara riktlinjer för hur man som barnmorska i samarbete med läkare och övriga, i studien nämnda yrkesgrupper, ska kunna stödja dessa kvinnor. Resultatet i studien visar hur barnmorskorna och läkaren arbetar för att stödja och behandla kvinnor med VVS. Vi har genom våra kliniska studier upplevt att många barnmorskor inte vet hur de ska stödja och hjälpa kvinnor med VVS. Vi anser att det är av stor vikt att ta sig tid att försöka förstå vad som kan ligga bakom kvinnans besvär så hon kan få rätt stöd och behandling från början. Viktigt att kvinnan känner att hon blir tagen på allvar. Om barnmorskan känner att hon inte har tillräcklig kunskap inom ämnet bör hon remittera vidare kvinnan till en specialist inom VVS. Vi anser även att man som barnmorska alltid ska remittera vidare kvinnan till en

läkare som kan ställa en diagnos och utesluta andra sjukdomstillstånd. Vi tror att vår studie bidrar med viss spridning av kunskap men ytterligare forskning är önskvärd för att synliggöra problemen så att fler kvinnor med VVS får rätt hjälp från början så att VVS kan förebyggas i högre utsträckning.

REFERENSER

Angelöw, B. (2002). *Friskare arbetsplatser. Att utveckla en attraktiv, hälsosam och välfungerande arbetsplats*. Lund: Studentlitteratur.

Askheim, O-P., & Starrin, B. (2009). Empowerment. I:P. Askheim (Red.). *Empowerment – olika infallsvinklar*. Kristianstad boktryckeri AB.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Berg, M. (2009). Värdegrunden för barnmorskans yrkesutövning. Kapitel i: Kaplan, A., Hogg, B., Hildningsson, I & Lundgren, I. *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

Bohm-Starke, N., Hilliges, M., Falconer, C., & Rylander, E. (1998). Increased Intraepithelial Innervation in Women with Vulvar Vestibulitis Syndrome. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 46, 256-260

Bohm-Starke, N., Hilliges, M., Falconer, C., & Rylander, E. (1999). Neurochemical characterization of the vestibular nerves in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecologic and Obstetric investigation*, 48, 270-275.

Bohm-Starke, N., Hilliges, M., Brodda-Jansen, G., Rylander, E., & Torebjörk, E. (2001). Psychophysical evidence of nociceptor sensitization in vulvar vestibulitis syndrome. *International association of the study of pain*, 94, 177-183.

Bohm-Starke, N., & Rylander, E. (2000) Vulvavestibulit svårbehandlat tillstånd med oklar etiologi. *Läkartidningen* nr 43 Volym 97 s 4832-4836

Bornstein, J., Maman, M., & Abramovici, H. (2001). Primary versus secondary vulvar vestibulitis - One disease, two variants. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184, (2) s 28-31

Connor, J., Robinson, B., & Wieling, E. (2008). Vulvar pain; a phenomenological study of couples in search of effective diagnosis and treatment. *Family Process*, 47 (2) 139-155.

Codex. (2009). Forskning som involverar människan.

Hämtad från WWW, 2011-10-05

<http://www.codex.uu.se/forskningmanniska.shtml>

Codex. (2009). Informerat samtycke.

Hämtad från WWW, 2011-10-05

<http://www.codex.uu.se/manniska2.shtml>

Codex. (2009). Forskningsetiska principer

Hämtad från WWW, 2011-10-05

<http://www.codex.uu.se/texts/HSFR.pdf>

Danielsson, I., Sjöberg, I., & Östman, C. (2001) Acupuncture of the treatment of vulvar vestibulitis: a pilot study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80, 437-441.

Danielsson, I., Torstensson, T., Brodda-Jansen, G., & Bohm-Starke, N. (2006). EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85, 1360-1367

Ehrström, S., Kornfeld, D., Rylander, E., & Bohm-Starke, N. (2009). Chronic stress in women with localised provoked vulvodynia. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*, 30, 73-79.

Engman, M., Lindehammar, H., & Wijma, B. (2004). Surface electromyography diagnostics in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis and in asymptomatic women. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 25, 281-294.

Engman, M. (2007). Partial vaginismus: definition, symptoms and treatment. *Linköping University medical dissertation*, 1015.

Etiska prövningsnämnden. *Vägledning till forskningspersonsinformation*. Hämtad från WWW, 2011-11-29, <http://www.epn.se/media/17895/vägledning%20till%20forskningspersonsinformation.pdf>

Friedrich, E. (1987). Vulvar vestibulitis syndrome. *The journal of reproductive medicine*, 32, 110-114.

Gibson C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing*, 16, 354-361.

Glazer, H., Rodke, G., Swencionis, C., Hertz, R & Young, A. (1995) Treatment of Vulvar Vestibulitis Syndrome with Electromyographic Biofeedback of Pelvic Floor Musculature. *The Journal of Reproductive Medicine*, 4, 283-290,

Gordon, A., Panahian-Jand, M., McComb, F., Melegari, C., & Sharp, S. (2003). Characteristics of women with vulvar pain disorder: responses to a web-based survey. *Journal of sex & marital therapy*. 29, 45-58.

Graneheim, U-H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustiness. *Nurse education today*. 24(2), 105-112.

Gumus, I., Sarifakioglu, E., Uslu, H., & Turhan, N. (2007). Vulvodinia: Case Report and Review of Literature. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 65, 155-161.

Hermansson, E & Mårtensson, L. (2011). *Empowerment in the midwifery context — a concept analysis*. *Midwifery* 27, 811–816.

Holme, I M., & Solvang Krohn, B. (1997). *Forskningsmetodik: om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Höjeberg, P. (1993). Mödrahälsovård. Kapitel i: Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A & Nissen, E. *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

Johannesson, U., Blomgren, B., Hilliges, M., & Bohm-Starke, N. (2007). The vulval vestibular mucosa-morphological effects of oral contraceptives and menstrual cycle. *Clinical and laboratory investigations*, 157, 487-493.

Karolinska universitetssjukhuset

Hämtad från WWW, 2011-11-29,

<http://www.karolinska.se/Verksamheternas/Kliniker--enheter/Kvinnokliniken/Gynekologi1/Gynekologi/Smarta-vid-samlag/>

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Kapitel i: Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso – och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2003). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Masheb, R., Nash, J., Brondolo, E., & Kerns, R. (2000). Vulvodynia: an introduction and critical review of a chronic pain condition. *Association for the study of pain*, 86, 3-10.

Masheb, R., Kerns, R., Lozano, C., Minkin, M., & Richman, S. (2008). A randomized clinical trial for women with vulvodynia: cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Association for the study of pain*, 141, 31-40.

Nationalencyklopedin.

Hämtad från WWW, 2010-05-25 <http://www.ne.se/empowerment>

Notes on "Quality of Life". *Quality of Life Research Unit*, University of Toronto.

Hämtad från WWW, 2010-05-27, <http://www.gdrc.org/uem/qol-define.html>

Nunns, D., & Mandal, D. (1997). Psychological and psychosexual aspects of vulvar vestibulitis. *Genitourinary Medicine*, 73, 541-544.

Nylanderlundqvist, E., & Bergdahl, J. (2003). Vulvar vestibulitis: evidence of depression and state anxiety in patients and their partners. *Acta dermato-venereologica*, 83, 369-373.

Palmkron, Ragnar., Å. (2006). *KBT – kognitivbeteendeterapi. Komma på bättre tankar*. Malmö: Palmkrons förlag.

Power, M., Harper, A., & Bullinger, M. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science of Medicine*, 41(10), 1403-1409.

Robinson, B., Bockting, W., Rosser, B., Miner, M., & Coleman, E. (2002). The sexual health model: application of a serological approach to HIV prevention. *Health education research*, 17, 43-57.

SFOG 2003:48. *Vulvasjukdomar*.

Hämtad från WWW, 2011-11-21,

<http://www.sfog.se/ARG+intressegrupper/natupplaga/ARG48.pdf>

SFS 2003:460. *Centrala etikprövningsnämnden*.

Hämtad från WWW, 2010-05-25

<http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=3911&bet=2003:460>

Sundström, K. (2009). Kvinnors reproduktiva hälsa. Kapitel i: Kaplan, A., Hogg, B., Hildningsson, I & Lundgren, I. *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

Vestibulit.com. För tjejer och om tjejer med vestibulit.

Hämtad från WWW, 2011-11-29 <http://www.vestibulit.com/blog/behandlingar/>

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. 4e uppl. Lund: Studentlitteratur.

Vårdguiden, Stockholms läns landsting

Hämtad från WWW, 2011-11-29, <http://www.varldguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Vestibulit/>

WHO, Världshälsoorganisationen. (2002). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January, Geneva*.

Wallén, G. (1996). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Zolnoun, D., Park, E., Moore, C., Liebert, C., Tu., & As-Sanie, S. (2008). Somatization and psychological distress among women with vulvar vestibulitis syndrome. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetric*, 103, 38-43.

ANALYSPROCESSEN

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
De har låtit sig övertalas, inte varit tillräckligt tända. Ej haft lubrikation, fel från början	Kvinnorna har inte varit tillräckligt tända	Känslor	Går emot sina egna känslor	Fokusering kring sex
Vet inte om man får med sig det från samhället, att det ska funka och sexualiteten ska vara bara vara ett rakt streck	Man förväntar sig att det sexuella bara ska fungera	Krav	Prestation	
Det handlar om medveten närvaro, ofta har man ett katastroftänkande, det blir aldrig bra	Kvinnorna har ofta ett katastroftänkande	Beteende	Katastroftänkar/medveten närvaro	

SENSUALITETSTRÄNING

- A. Utan beröring av könsorganen
- B. Med beröring av könsorganen
- C. Som förspel till samlag

Denna form av ömsesidig sensuell massage innebär följande: Lugn och ro i minst en timme, inled ev. med bad eller dusch, tvätta varandra. Nakna i ett varmt sovrum: Den ena börjar smeksamt massera sin partner, som först ligger på mage. En kroppsdel i taget masseras, börja t ex med händer och armar, utifrån och inåt, en sida i taget. Sedan huvudet med håret, nacken, skuldror och rygg. Därefter fötterna och benen innan partnern lägger sig på rygg. Gör motsvarande men undvik bröst och könsorgan.

- Partnern kan ge respons på var det känns extra bra (eventuellt erogena zoner) och hur det känns efteråt.
- Den andra partnern blir smekfullt masserad på motsvarande sätt.
- Den som blir smekt får ömhet och sin kropp bekräftad genom den andres hand. Den som smeker ger ömhet och bekräftelse genom sin hand.
- Börja alltid med total frihet från krav på samlag en tid, till exempel två veckor. Bestäm sen om eventuell beröring av könsorganen och därefter sista steget som är sensualitetsträning som förspel till samlag.

(Föreläsning av Tone Ahlborg, 2009)



GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Forskningspersonsinformation

Smärta i underlivet är ett ökande problem hos kvinnor och det finns många olika orsaker till det. Vi har valt att studera vulva vestibulit på grund av att det drabbar många kvinnor i fertil ålder och utgör en målgrupp som barnmorskan möter på sitt arbete.

Syftet med studien är att beskriva hur barnmorskan och läkaren kan stödja kvinnor med vulva vestibulit och förebygga uppkomsten av det. Vi undrar därför om du är intresserad av att delta i denna studie då du har erfarenhet inom detta ämne.

Studien kommer att genomföras i form av en intervju. Samtalet kommer att spelas in på bandspelare.

Deltagandet är naturligtvis frivilligt och du har när som helst, utan särskild anledning rätt att avbryta. Allt material behandlas konfidentiellt, vilket innebär att insamlad data kommer endast vara till oss ansvariga och vår handledares förfogande samt att det inte kommer framgå vem som sagt vad i studien.

Resultatet av studien kommer att redovisas i en uppsats vid Göteborgs Universitet och utgör en grund för ett eventuellt fortsatt arbete som senare kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Ett exemplar av studien kommer att skickas till er.

Ansvariga

Johanna Nyman, barnmorskestudent
Mail: jonna_n84@hotmail.com
Tfn: 070-1521881

Sandra Ås, barnmorskestudent
Mail: sandra_talaber@hotmail.com
Tfn: 0736-481581

Handledare

Tone Ahlborg
Mail: tone.ahlborg@gu.se
Tfn: 031-7866053