

Anna Benco (10171)
Sofie Rasmussen (10153)

Endometriose - En usynlig og smertefull sykdom

Antall ord: 6493
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Anna Benco (10171)
Sofie Rasmussen (10153)

Endometriose - En usynlig og smertefull sykdom

Antall ord: 6493
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Sammendrag

Tittel: Endometriose – En usynlig og smertefull sykdom

Bakgrunn for valg av tema: Endometriose rammer en relativt stor del av den kvinnelige befolkningen. Sykdommen påvirker alle deler av kvinnens liv. Likevel er sykdommen lite anerkjent i helsevesenet og i samfunnet. Å få stilt diagnosen kan ta flere år, noe som resulterer i at kvinnene må leve med sterke smerter uten tilstrekkelig behandling. Vi ønsker med denne oppgaven å sette søkelys på kvinnehelse generelt og endometriose spesielt, da vi mener dette er et neglisjert tema som trenger økt fokus.

Hensikt: Utforske hvordan sykepleier kan øke pasienter med endometriose sin livskvalitet.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Kunnskap er hentet fra teori, fagbøker og pensumlitteratur, samt forskningsartikler. Forskningsartiklene består av både kvantitative- og kvalitative studier, samt en oversiktsartikkel.

Resultat: Åtte forskningsartikler er inkludert. Hovedfunnene er kategorisert etter følgende tema; 1) Smerter ved endometriose, 2) Møte med helsevesenet, 3) Psykiske plager hos kvinner med endometriose, og 4) Sosiale forhold.

Konklusjon: Sykepleier har en sentral rolle i å øke livskvaliteten til kvinner med endometriose, da sykepleier tilbringer mye tid med pasienten. Helsepersonell trenger fagkunnskap og må anerkjenne sykdommen endometriose på lik linje med andre diagnoser, for å kunne veilede pasienten til å mestre og leve med endometriose.

Abstract

Title: Endometriosis – An invisible and painful disease

Background for choosing topic: Endometriosis affects a relatively large part of the female population. The disease affects all parts of a woman's life. However, the disease is not acknowledged in the healthcare system or in society. The diagnosis can take several years. This has forced women to live with severe pain without adequate treatment. With this assignment we want to draw attention to women's health, as we believe this is a neglected topic that needs more attention.

Aim: We want to explore how nurses can increase the quality of life for patients with endometriosis.

Method: The assignment is a literature study. Knowledge is obtained from theory, textbooks and curriculum literature, as well as research articles. The research articles consist of both quantitative and qualitative studies, and one review article.

Result: Eight research articles have been included. The main findings are categorized according to the following themes: 1) Pain related to endometriosis, 2) Patients experience with the healthcare system, 3) Mental health related to women with endometriosis and 4) Social conditions.

Conclusion: Nurses have a crucial role in increasing the quality of life of women with endometriosis, as nurses spend a lot of time with the patient. Endometriosis needs to be acknowledged among healthcare professionals. The nurse must recognize endometriosis as an equal disease compared to other diagnoses in order to be able to guide the patient to manage living with the disease.

Innhold

1	Introduksjon	6
1.1	Teoretisk bakgrunn.....	6
1.1.1	Hva er endometriose?	6
1.1.2	Etiologi	7
1.1.3	Symptomer	7
1.1.4	Smerte	7
1.1.5	Diagnostikk	7
1.1.6	Behandling	8
1.1.7	Livskvalitet.....	8
1.1.8	Empowerment og helsefremmende sykepleie.....	8
1.1.9	Helseveiledning.....	9
1.1.10	Dorothea Orem sin egenomsorgsteori.....	9
1.2	Formål og problemstilling	10
1.3	Avgrensning	10
2	Metode	11
2.1	Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	11
2.2	Søkestrategi og søkehistorikk	12
2.3	Vurdering og utvelgelse av artikler	15
2.4	Analyse av artikler.....	16
3	Resultater	17
3.1	Artikkelmatrise	17
3.2	Smerter ved endometriose: «a crippling disability».....	23
3.3	Møtet med helsevesenet	23
3.4	Psykiske plager hos kvinner med endometriose.....	24
3.5	Sosiale forhold	24
4	Diskusjon.....	26
4.1	Smertens kompleksitet	26
4.2	Behandling av endometriose.....	27
4.3	Sykepleierens veiledende funksjon	28
4.4	Psykisk helse og sosiale relasjoner	28
4.5	Metodediskusjon	29
4.6	Konklusjon	30
	Referanser.....	32

Tabeller

Tabell 1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	11
Tabell 2 PICO-skjema.....	12
Tabell 3 Søketablell	13
Tabell 4 Kategorisering av hovedtema	16
Tabell 5 Artikkelmatrise.....	17

1 Introduksjon

Kvinner og menn har ulik biologi, lever ulike liv og rammes ulikt av sykdom. Kjønn har betydning i helsesammenheng. Til nå har kunnskapsgrunnlag, regelverk og praksis bygget på en norm som er utviklet av og for menn (Kristoffersen et al., 2019). I dag er norsk politikk preget av en kjønnsnøytral utforming, til tross for ambisjonene om å fremme kvinnehelse. Dette har fått konsekvenser for kvinner og deres møte med helsevesenet. I år publiserte helse- og omsorgsdepartementet en oppdatert rapport kalt: *Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse* (NOU 2023, 5). I den anledning har vi valgt endometriose, en av de mest utbredte kvinnesykdommene, som utgangspunkt for vår oppgave (Moen et al., 2021).

Endometriose rammer 6-10% av den kvinnelige befolkningen. Sykdommen er knyttet til diffuse symptombilder og feil- og forsinket diagnostisering (NOU 2023, 5). En studie på St.Olavs Hospital avdekket at det i snitt tar fem år fra de første symptomene på endometriose, til en satt diagnose (Husby et al., 2003).

Endometriose er en kronisk inflammatorisk sykdom som i hovedsak oppstår hos kvinner i fertil alder. Sykdommen kan medføre kroniske smerter og føre til infertilitet. En av tre kvinner som trenger medisinsk behandling for å bli gravid, har endometriose (Moen et al., 2021). Det finnes ingen kur for sykdommen, og symptomene kan variere i intensitet og grad. Behandlingsmålet er å lindre symptom og øke pasientens livskvalitet.

1.1 Teoretisk bakgrunn

Nedenfor forklarer vi hva endometriose er, samt begreper og fenomen som vi anser som nødvendig for å svare på problemstillingen.

1.1.1 Hva er endometriose?

Livmorveggen består av tre lag: perimetriet, myometriet og endometriet. Endometriet er slimhinnen som kler innsiden av livmorhulen (Sand et al., 2019). Endometriose er en kronisk inflammatorisk tilstand der vev med samme struktur som endometriet (livmorslimhinnen) vokser utenfor uterus (livmoren) (Jerpseth, 2012). Ved menstruasjonssyklusen endres endometriet sin tykkelse og karakter (Sand et al., 2019). I endometriet er det eksokrine kjertler som tømmer sitt sekret, styrt av hormonregulering. Slimhinnen utenfor uterus vil reagere på hormonpåvirkning på lik linje med endometriet inne i uterus. Dette fører til at det kan oppstå blødninger som ikke har noe naturlig drenasje under menstruasjon. Blodet vil derfor samle seg i cyster som kan variere i størrelse mellom 1-10 cm (Kristoff, 2019).

En skiller mellom intern (også kalt adenomyose) og ekstern endometriose. Ved intern endometriose vokser vevet inn i livmormuskulaturen (myometriet). Ved ekstern endometriose vokser vevet inn i andre organ. Dette kan være organ som eggstokker, tarmen eller urinblære. Ved sjeldne tilfeller kan en finne endometriosevev andre steder i kroppen, som for eksempel i lungene (Jerpseth, 2012).

1.1.2 Etiologi

Årsakene til endometriose er fortsatt uklare. En mulig forklaring er «implantasjonsteorien». Teorien går ut på at menstruasjonsblødning føres retrograd gjennom egglederne og ut i buken (World Health Organization, 2023). De fleste kvinner opplever retrograd menstruasjonsblødning. En antar at kvinner som får endometriose har en feil ved immunapparatet, og har derfor ikke samme evne til å bryte ned fremmed materiale. Teorien forklarer videre at livmorslimhinnelignende vev fester seg til organ i bekkenet, der vevet vokser videre. Denne teorien forklarer derimot ikke hvordan endometriose kan oppstå utenfor buken. Det antas at endometriose blir spredd via blodbanen eller lymfesystemet til andre steder i kroppen, eller i forbindelse med en operasjon (Kristoff, 2019). Kvinner med mange års uavbrutt menstruasjon, stenose i livmorhalsen og uterus misdannelser, kan være utsatt for endometriose (Jerpseth, 2012). Det kan også være genetisk betinget (World Health Organization, 2023).

1.1.3 Symptomer

Endometriosevevet skaper betennelse som kan irritere nærliggende vev og nerver (Helsenorge, 2021). Betennelsen skaper sammenvoksinger, cyste- og arrdannelse, som gir opphav til smerter. De vanligste symptomene på endometriose er kraftige smerter før og under menstruasjon (Jerpseth, 2012). Endometriosevev på tarm og urinblære kan skape smerter ved avføring og vannlating. Smerter ved samleie er også et vanlig symptom. Smertegraden varierer i intensitet og varighet. Store cyster kan være til stede uten å gi symptomer, noe som betyr at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom omfanget av endometriose og graden av smerte (Helsenorge, 2021). Kroniske smerter kan oppstå ved endometriose og føre til tretthet, utmattelse, nedsatt matlyst og søvnforstyrrelser. Endometriose kan også skape sammenvoksinger og tette egglederne som reduserer fertiliteten hos kvinnene (Jerpseth, 2012).

1.1.4 Smerte

Smerter er en sentral del i symptom bildet til kvinner med endometriose. Smerte er den kroppslige erfaringen av å ha det vondt, og er en ubehagelig sensorisk eller emosjonell opplevelse (Danielsen et al., 2016). Smerte er et subjektivt fenomen. En smertestimuli kan gi ulik smerteopplevelse fra person til person, og variere fra en situasjon til en annen (Nortvedt, 2019). Noen synes det er flaut å vise tegn til smerte, andre uttrykker det med hele seg. Det vil dermed være individuelle forskjeller (Danielsen et al., 2016).

Akutt, kortvarig smerte kjennetegnes av synlige symptomer som for eksempel klam hud, høy puls- og respirasjonsfrekvens. Endometriose er derimot en kronisk smertetilstand der smertene ikke kan observeres med det blotte øyet. Det kan derfor være vanskelig for helsepersonell å forstå smerteomfanget til pasienter med endometriose. Kroniske smerter defineres som smerter som har vart i minst tre måneder. En slik belastning kan få konsekvenser for pasientens søvn, konsentrasjon, aktivitetsevne, arbeidsevne og familieliv (Danielsen et al., 2016). Det er viktig at sykepleieren forstår konsekvensene av smertene og pasientens subjektive og kroppslige opplevelse, for å kunne utøve tilstrekkelig helsehjelp (Nortvedt, 2019).

1.1.5 Diagnostikk

Endometriose kan være vanskelig å påvise da symptomene er diffuse. Sykdommen blir ofte forvekslet med andre sykdommer. Ved mistanke om endometriose blir det utført en

gynekologisk undersøkelse og eventuelt en laparoskopi. Laparoskopi er den eneste måten gynekologen med sikkerhet kan stille diagnosen. Inngrepet foregår i narkose. Et kamera blir ført inn gjennom et snitt i navlen, slik at gynekologen får sett strukturene i bekkenet og tatt vevsprøve (Helsenorge, 2021).

1.1.6 Behandling

Endometriose behandles symptomatisk, hormonelt eller kirurgisk (Jerpseth, 2012). Hormon- og smertestillende preparat kan bli brukt som smertelindrende behandling. Hormonbehandling som p-piller, p-stav eller spiral reduserer østrogennivået i kroppen, og kan føre til at kvinnens menstruasjon uteblir. Ved mer alvorlige tilstander gis GnRH-analoger, som starter en kunstig overgangsalder. Slik behandling kan ikke foregå over tid, da kvinnen kan utvikle osteoporose (Kristoff, 2019).

Endometriose er en progredierende sykdom, der en av to opplever økende plager frem mot overgangsalderen. Etter overgangsalderen blir plagene som regel bedre da menstruasjonen uteblir (Helsenorge, 2021). Kirurgisk behandling der målet er å fjerne så mye av endometriosevevet som mulig, kan redusere smertene. Selv etter et vellykket inngrep får en tredjedel av pasientene endometriose igjen (Helsenorge, 2021).

Alvorlig endometriose i de indre kjønnsorganene kan gjøre at hysterektomi og bilateral salpingo-ooforektomi er nødvendig. Det er et kirurgisk inngrep der livmor, begge eggledere og eggstokkene fjernes for å bedre symptomene. Selv ved et slikt omfattende inngrep er det ingen garanti for å bli symptomfri. I tillegg til risiko for postoperative komplikasjoner mister kvinnen også muligheten til å bli gravid (Langebrekke et al., 2008).

1.1.7 Livskvalitet

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når det er sannsynlig at helsehjelpen kan redusere pasientens smerter og andre fysiske- eller psykiske ubehag, som igjen kan øke pasientens livskvalitet (Prioriteringsforskriften, 2001, §2).

Livskvalitet kan forstås som "det gode liv" (Grov & Lorentsen, 2022), og er den enkeltes subjektive opplevelse av å ha det godt eller dårlig (Rustøen, 2016). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer livskvalitet som "a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease" (Fayers & Machin, 2016). Psykolog Siri Næss sier livskvalitet handler om menneskets bevisste og kognitive vurderinger, og følelsesmessige opplevelser av eget liv, kalt psykisk velvære (Kristoffersen, 2019).

1.1.8 Empowerment og helsefremmende sykepleie

Empowerment er en «prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse, og som prosessen som bidrar til å øke folks kapasitet til å ta valg, og til at valgene transformeres til ønskede handlinger og resultat» (Tveiten, 2021). Empowerment innebærer samhandling mellom pasient og sykepleier. Pasienten skal ta mest mulig kontroll over eget liv og helse, og sykepleieren skal være pasientens samarbeidspartner (Tveiten, 2020).

Empowerment er altså en del av det helsefremmende arbeidet en sykepleier gjør. Sykepleieren skal igangsette tiltak som kan bidra til mestring (Tveiten, 2020). Mestring

handler om hvordan mennesker møter vanskelige livssituasjoner og er summen av dets indre ressurser og handlinger for å kontrollere indre og ytre krav som for eksempel sykdom (Tveiten, 2021).

Psykolog R. Lazarus beskriver sammenhengen mellom mestring og stress. Lazarus sier at stress er fenomenet som oppstår ved forandring og når mening forstyrres, og mestring er det man gjør for å håndtere forandringen (Tveiten, 2021). Dette påvirkes av tilgangen på ressurser som kunnskap og ferdigheter, og evnen til å anvende disse ressursene (Tveiten, 2021). Ressursene kan være materielle, men også relasjoner som familiemedlemmer eller venner.

Helsefremmende sykepleie har helse, velvære og livskvalitet som mål (Aglén et al., 2018). Aron Antonovsky mente at vi ikke finner svaret på hva som gir god helse ved å lete etter hva som gir sykdom (Haugan & Rannestad, 2020). Dette er utgangspunktet for en salutogen helseforståelse der helsefremming er en prosess som gir folk økt kontroll over sin helse, og mulighet til å forbedre denne.

1.1.9 Helseveiledning

Kunnskapsdepartementets rammeplan for sykepleieutdanningen sier: «Sykepleier har ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende» (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Veiledning er en metode i empowerment-prosessen, der kunnskap og makt omfordes fra den profesjonelle til pasienten (Tveiten, 2021). Helseveiledning er en sammensatt pedagogisk-, faglig- og kommunikativ prosess. Hensikten er å bidra til at pasienten lærer å mestre helse- og sykdomsrelaterte livssituasjoner (Christiansen, 2020).

Helseveiledning innebærer å lytte, spørre, motivere, støtte, råde, informere og undervise. Sykepleier skal undervise og støtte pasienten for å fremme velvære, helse og egenomsorg (Christiansen, 2020). I veiledningsprosessen vektlegges pasientens deltakelse i egen behandlingsprosess, bruk av egne ressurser og pasientmedvirkning. Brukermedvirkning handler om den enkeltes mulighet til å påvirke behandlingstilbudet (Gammersvik, 2020), og er pasientens lovpålagte rettighet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-1).

Helseveiledning kan ses på som en profesjonell samtale der veileder ikke skal gi svar, men hjelpe pasienten til å finne svar (Tveiten, 2021). Samhandlingen skal bidra til å gi pasienten helsekompetanse, som er pasientens evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å treffe kunnskapsbaserte beslutninger angående egen helse (Christiansen, 2020).

Det relasjonelle aspektet er essensielt i veiledning. Et kjennetegn ved empowerment og veiledning er tillit og fortrolighet (Tveiten, 2021). Sykepleier skal bruke tid for å finne ut hvordan pasienten har det, og for å forstå hvordan pasienten opplever egen situasjon. Sykepleier kan oppnå dette med empati, observasjon, stille gode spørsmål og aktiv lytting (Eide & Eide, 2017).

1.1.10 Dorothea Orem sin egenomsorgsteori

Vi har valgt å bruke Dorothea Orem's egenomsorgsteori (1971-2001) for å beskrive sykepleierens rolle og funksjon.

Ifølge Orem er egenomsorg det menneske gjør for å opprettholde eller gjenvinne helse. Formålet med sykepleieteorien er å fremme pasientens evne til å ta vare på seg selv. Dersom pasienten ikke klarer dette, er det behov for sykepleie. Sykepleier skal i samarbeid med pasienten tilstrebe pasientens normale funksjon, utvikling, og fremme helse og velvære (Kristoffersen, 2019).

Egenomsorgsteorien kan deles inn i tre delteorier: Egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiesystemer (Hartweg, 1991). Egenomsorg er hvordan den enkelte håndterer fysisk og psykisk funksjons- og helsesvikt, og den enkeltes innsats for å fremme egen helse og forebygge sykdom. Det stilles krav til det universelle (for eksempel inntak av vann og mat, balansen mellom aktivitet og hvile) og utviklings- eller helsesviktrelaterede egenomsorgsbehov for å ivareta egenomsorgen. Pasienten må i tillegg besitte egne ressurser og ressurser i omgivelsene rundt seg (Hansen & Larsen, 1994).

I de tilfellene egenomsorgskravene overskrider pasientens ressurser oppstår det egenomsorgssvikt. I slike tilfeller skal sykepleieren dekke pasientens egenomsorgskrav ved hjelp av tre sykepleiesystemer; det helt kompenserende, det delvis kompenserende og det støttende og undervisende systemet (Kristoffersen, 2019).

Det helt kompenserende er når pasienten ikke er i stand til å utføre egenomsorg. I det delvis kompenserende er både sykepleier og pasienten aktiv i å utføre egenomsorg. Graden av deltakelse avhenger av pasientens kunnskap og ferdigheter, samt fysiske og psykiske ressurser. I det støttende og undervisende sykepleiesystemet, er pasienten i stand til å utføre eller lære å utføre egenomsorg. Målet er at pasienten selv skal kunne tilegne seg kunnskap, treffe beslutninger og kontrollere atferd (Hansen & Larsen, 1994).

1.2 Formål og problemstilling

Endometriose kjennetegnes av smertefulle symptomer og nedsatt livskvalitet (Zarbo et al., 2021). Hensikten med litteraturstudien er å undersøke hvordan sykepleier kan gi helsehjelp til pasienter med endometriose for å øke deres livskvalitet. Vi håper at denne bacheloren kan skape refleksjon over hva sykepleie er, og bør være til pasienter med endometriose. Problemstillingen vår er:

Hvordan kan sykepleier øke livskvaliteten for pasienter med endometriose?

1.3 Avgrensing

Vi har valgt å ikke avgrense møte mellom sykepleier og pasient til en avdeling, da sykepleier kan møte kvinner med endometriose i alle deler av helsevesenet. Vi mener alle sykepleiere trenger grunnleggende kunnskap om endometriose i møte med pasientene.

2 Metode

Vi har brukt litteraturstudie som metode. Litteraturstudie bygger på fagkunnskap, teori og eksisterende forskning (Grønseth & Jerpseth, 2019). Vi har besvart vår problemstilling ved å fordype oss i aktuell kunnskap og analysere resultater fra tidligere forskning.

Vi har ved hjelp av systematiske søk i relevante databaser valgt å inkludere åtte forskningsartikler. Forskningsartiklene består av fire kvalitative og tre kvantitative studier. I tillegg har vi anvendt en oversiktsartikkel, en sammenfatning av forskningslitteratur.

2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble valgt for å innskrenke søkene til å omhandle det som er av betydning for å besvare problemstillingen.

Artiklene må ha IMRaD-struktur. Dette er et kvalitetstegn da tidsskrifter som publiserer vitenskapelige artikler pålegger forskerne å følge denne strukturen. Artiklene skal være fagfellevurdert for å sikre at forskningsartiklene/studiene har en nødvendig kvalitet og troverdighet (Thidemann, 2023).

Forskningsartiklene er fra 2003-2023. I studiene så vi etter relevant kunnskap som har overføringsverdi til det norske helsevesenet. Vi har valgt å inkludere kvinner mellom 16-55 år. Vi satte nedre grense til 16 år da de fleste kvinner ikke blir diagnostisert med endometriose tidligere. Øvre grense er 55 år, da de fleste slutter å menstruere i alderen mellom 45-55 år (Helsenorge, 2018). Dette er relevant da symptomene på endometriose ofte avtar etter overgangsalderen. Deltakerne i studiene må ha påvist diagnosen endometriose.

Tabell 1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Artikler med årstall: 2003-2023	Utilgjengelig i fulltekstversjon
Kvinner mellom 16-55 år	Artikler som ikke møter kriterier for kvalitetssikring
Må ha fått påvist endometriose	Hvor vi møter pasienter med endometriose
Overføringsverdi til norsk helsevesen	
Må være skrevet på skandinavisk språk eller engelsk	
Må ha IMRaD-struktur	
Må være fagfellevurdert	

2.2 Søkestrategi og søkehistorikk

Vi fylte ut et PICO-skjema med utgangspunkt i problemstillingen for å foreta et strukturert litteratursøk (Thidemann, 2023). Vi brukte MeSH, en terminologibase, for å finne helsefaglige begreper på engelsk og norsk (Helsebiblioteket, 2016). I startfasen forsøkte vi å kombinere mange av søkeordene i et søk. Dette medførte begrensede søk. Vi anså det som hensiktsmessig å foreta separate søk, med få søkeord, da endometriose er et begrenset kunnskaps- og fagfelt.

Vi brukte de anerkjente databasene Pubmed, Medline, Cinahl og Oria for å hente forskningsartikler. Vi håpet å finne artikler fra skandinaviske tidsskrifter med overføringsverdi til det norske helsevesenet. Vi forsøkte den nordiske databasen Sveamed+, uten hell.

Vedlagt ligger PICO-skjema og en søketabell med detaljert oversikt over søkene vi har foretatt.

Tabell 2 PICO-skjema

P (Patient/population) <i>Hvem ønsker vi å få vite noe om?</i> <i>Pasientgruppe, diagnose, problem</i>	I (Intervention) <i>Hvilke tiltak, intervensjon eller behandling ønsker vi å få vite noe om?</i>	C (Comparison) <i>Brukes i de tilfellene hvor vi sammenligner tiltak.</i>	O (Outcome) <i>Hvilke utfall, effekt, erfaring, opplevelse eller endepunkt er vi interessert i?</i>	
Pasienter med endometriose (patients with endometriosis)	Empowerment (empowerment)		Økt livskvalitet (increased quality of life)	OR
Sykepleier (Nurse*)	Mestring (Coping or managing)			
Partner (partner or relationship)	Velvære (well-being)			
	Mental helse (mental health)			
	Smerter, bekkensmerter, kroniske smerter (pain or pelvic pain or chronic pain)			
	Psykisk stress (psychological distress)			
	Veiledning, informasjon, kommunikasjon			

	(Education and information and communication)		
AND			

Tabell 3 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Valgte artikler
PubMed	14.04.23	S1	1.Endometriosis		33 100	1 (F)
		S2	2. Pelvic Pain		27 298	
		S3	3. Chronic		1 447 346	
		S4	4. Nurses		393 472	
		S5: S1, S2, S3 AND S4			13	
Cinahl	13.04.23	S1	1.Endometriosis	Avgrensing: Fagfelleverdert	8 782	1 (A)
		S2	2. Quality of life		148 565	
		S3	3. Coping		42 831	
		S4: S2 OR S3			187 603	
		S5: S1 AND S4			360	
		S6: S1 AND S4			18	
		S7	4. Nursing		760 317	
		S8: S1 AND S7			101	
		S9: S2 AND S8			Avgrensing: Fagfelleverdert	
Medline	14.04.23	S1	1.Endometriosis	Avgrensing: Fagfelleverdert	25 230	1 (H)
		S2	2.Health personal		606 186	
		S3: S1 AND S2			93	
		S4	3.Clinical care		29 865	
		S5: S3 AND S4			1	
Oria	14.04.23	S1	1.Endometriosis		39 738	
		S2	2. Coping		229 378	

	S3	3. Quality of life		2 799 076	
	S4	4. Mental health		1 285 928	
	S5	5. Psychological distress		105 154	
	S6	6. Pain management		425 380	
	S7: S1, S2, S3, S4 AND S5		Avgrensing: Fagfelleverdert	9	1 (E)
	S8: S7 AND S6			5	2 (F, G)

Inkluderte artikler:

- A. Culley, L., Law, C., Hudson, N., Mitchell, H., Denny, E., & Raine-Fenning, N. (2017). A qualitative study of the impact of endometriosis on male partners. *Human Reproduction*, 32(8), 1667–1673. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex221>
- B. Gökyıldız, Ş., & Beji, N. K. (2012). Chronic pelvic pain: gynaecological and non-gynaecological causes and considerations for nursing care. *International Journal of Urological Nursing*, 6(1), 3–10. <https://doi.org/10.1111/j.1749-771X.2011.01137.x>
- C. Denny, E. (2004). Women's experience of endometriosis. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 46(6), 641–648. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03055.x>
- D. Huntington, A., & Gilmour, J. A. (2005). A life shaped by pain: women and endometriosis. *Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell)*, 14(9), 1124–1132. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01231.x>
- E. Facchin, F., Barbara, G., Dridi, D., Alberico, D., Buggio, L., Somigliana, E., Saita, E., & Vercellini, P. (2017). Mental health in women with endometriosis: searching for predictors of psychological distress. *Human Reproduction (Oxford)*, 32(9), 1855–1861. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex249>
- F. Geller, S., Levy, S., Ashkeloni, S., Roeh, B., Sbiet, E., & Avitsur, R. (2021). Predictors of psychological distress in women with endometriosis: The role of multimorbidity, body image, and self-criticism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3453. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073453>
- G. Zarbo, C., Brugnera, A., Compare, A., Malandrino, C., Candeloro, I., Secomandi, R., Betto, E., Bellia, A., Rabboni, M., Bondi, E., & Frigerio, L. (2022). Psychological and cognitive factors implicated in pain experience in women with endometriosis. *Health Care for Women International*, 43(1-3), 142–159. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1959592>
- H. Rowe, H. J., Hammarberg, K., Dwyer, S., Camilleri, R., & Fisher, J. R. (2021). Improving clinical care for women with endometriosis: qualitative analysis of women's and health professionals' views. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 42(3), 174–180. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1678022>

2.3 Vurdering og utvelgelse av artikler

Vi lette etter relevant informasjon og kunnskap i forskningsartiklene på en strategisk måte.

I utvelgelse av artikler vurderte vi om overskrift og sammendrag var relevant for problemstillingen. Vi sammenliknet artiklene med sjekklister for kvalitative studier og tverrsnittstudier, samt sjekklister for oversiktsartikler for kritisk å vurdere og kvalitetssikre artiklene (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklisterne går ut på å vurdere artiklenes formål, gyldighet, metodisk kvalitet, resultater og relevans i forhold til å svare på problemstillingen (Dalland, 2018). Slik kan en kritisk vurdere og kvalitetssikre artiklene (Helsebiblioteket, 2016).

Vi kontrollerte at artiklene var publisert på godkjente vitenskapelige kanaler (Register over vitenskapelige publiseringskanaler, u.å.). Tidsskrifter klassifisert til nivå 2 oppfattes som de mest ledende i brede fagsammenhenger og utgjør 20% av fagets vitenskapelige publikasjoner. De resterende 80% er nivå 1, som er et lavere nivå, men tidsskriftet har fortsatt gyldige vitenskapelige publikasjoner. Av våre artikler er fem på nivå 2, og tre på nivå 1.

2.4 Analyse av artikler

Vi har samlet data fra åtte ulike forskningsartikler og hentet informasjon og kunnskap fra teori. Ved å se forskning i sin helhet kan vi identifisere ny mening (Aveyard, 2019).

Vi har analysert artiklene ved hjelp av Evans (2002) sin analysemodell. Modellen består av fire faser. Fase 1: Innhente data. Her inngår søkeprosessen som tidligere beskrevet. Fase 2: Identifisere hovedfunn. Vi leste artiklene og førte artikkelmatriser (vedlagt i kapittel 4) med relevant informasjon. I fase 3 sorterte og sammenlignet vi funnene fra artiklene. I tabellen nedenfor presenterer vi de utvalgte temaene vi har valgt for resultatdelen. Tabell 4 er organisert etter tema og de inkluderte artiklene. Artiklene er oppført fra A-I, slik som i tabell 3. Fase 4 er en syntese og beskrivelse av funnene. Tabell 4 nedenfor er syntesen (Evans, 2002).

Tabell 4 Kategorisering av hovedtema

Hovedtema	Inkluderte artikler
Smerter ved endometriose	B, C, D, H
Møtet med helsevesenet	B, C, D, H
Psykiske plager hos kvinner med endometriose	E, F, G
Sosiale forhold	A, C, D,

3 Resultater

Hensikten med litteraturstudiet er å utforske hvordan sykepleiere kan øke livskvaliteten til kvinner med endometriose. Nedenfor presenterer vi en oppsummering av de inkluderte forskningsartiklene i ulike artikkelmatriser. Etter gjennomgang av artiklene kom vi som nevnt fram til fire hovedtemaer. Funnene blir presentert i sin helhet kategorisert ut fra hovedtemaene etter artikkelmatrisene.

3.1 Artikkelmatrise

Tabell 5 Artikkelmatrise

Artikkel A	A qualitative study of the impact of endometriosis on male partners
Referanse	Culley, L., Law, C., Hudson, N., Mitchell, H., Denny, E., & Raine-Fenning, N. (2017). A qualitative study of the impact of endometriosis on male partners. <i>Human Reproduction</i> , 32(8), 1667–1673. https://doi.org/10.1093/humrep/dex221
Hensikt med studien	Utforske hvordan endometriose påvirker kvinnen og deres mannlige partner.
Metode	22 kvinner med endometriose og deres mannlige partner. Tverrsnittstudie, kvalitativ metode. Dybdeintervju der kvinnen og mannen ble intervjuet separat.
Resultat og diskusjon	Mennene i studien rapporterte at å leve i et forhold der kvinnen har diagnosen endometriose, er utfordrende. Parets framtidsplaner knyttet til å få barn, intimitet, arbeidsliv og inntekt var utfordringer som ble avdekket i studien.
Konklusjon	Dette er den første studien om endometriose der mannens perspektiv er i hovedfokus. Funnene i studien tilsier at mannens erfaring ikke blir anerkjent eller ansett som viktig.
Relevans for oppgaven	Mennene opplevde at helsepersonell ikke anerkjente mannens påvirkning av endometriose. Artikkelen belyser nødvendigheten av at helsepersonell bistår med støtte, kunnskap og informasjon til både kvinnen og hennes partner.

Artikkel B	Chronic pelvic pain: gynaecological and non-gynaecological causes and considerations for nursing care
-------------------	---

Referanse	Gökyıldız, Ş., & Beji, N. K. (2012). Chronic pelvic pain: gynaecological and non-gynaecological causes and considerations for nursing care. <i>International Journal of Urological Nursing</i> , 6(1), 3–10. https://doi.org/10.1111/j.1749-771X.2011.01137.x
Hensikt med studien	Utforske gynekologiske og ikke gynekologiske grunner til kroniske bekkensmerter, samt utforske sykepleierens rolle i omsorgen for disse kvinnene som opplever dette problemet.
Metode	Studien er en oversiktsartikkel. Studien oppsummerer og gir oversikt over tidligere studier og forskningslitteratur knyttet til emnet.
Resultat og diskusjon	Kroniske bekkensmerter er et omfattende problem som påvirker livskvaliteten til mange kvinner. Denne pasientgruppen krever tverrfaglig samarbeid grunnet sykdommens kompleksitet og for å kunne bistå med å bedre livskvaliteten til disse kvinnene. Sykepleiere spiller en sentral rolle i det tverrfaglige samarbeidet for å sikre god omsorg til disse kvinnene.
Konklusjon	Det tverrfaglige samarbeidet er avhengig av at sykepleieren har rollen som koordinator, en pedagogisk funksjon og som rådgiver i omsorgen og behandlingen av pasientgruppen med kroniske bekkensmerter.
Relevans for oppgaven	Sykepleier må ha kunnskap og forståelse av sin rolle i omsorgen for pasienter med kroniske bekkensmerter.

Artikkel C	Women's experience of endometriosis
Referanse	Denny, E. (2004). Women's experience of endometriosis. <i>Journal of Advanced Nursing</i> (Wiley-Blackwell), 46(6), 641-648. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03055.x
Hensikt med studien	Utforske kvinners opplevelse av å leve med endometriose.
Metode	En kvalitativ studie basert på intervju med 15 kvinner som har endometriose. Alle kvinnene var diagnostisert med laparoskopi.
Resultat og diskusjon	Kvinnene i studien opplevde intense- og overveldende endometriosesmerter. Smertene ble ikke tatt på alvor av helsepersonell. Mange av kvinnene i studien uttrykte at det var vanskelig å forklare smerteomfanget ved bruk av standard smerteskala. Kvinnene opplevde at helsepersonellet ikke utførte en tilstrekkelig god jobb i kartleggingen av smertene deres.

Konklusjon	Endometriose påvirker alle deler av kvinnens liv. Det er behov for at helsepersonell og legfolk erkjenner endometriose som en smertefull- og patologisk tilstand, ikke et resultat av den fysiologiske menstruasjonsprosessen.
Relevans for oppgaven	Sykepleier kan være «advokat» for pasienter som opplever at deres symptomer blir bagatellisert eller avfeid som menstruasjonssmerter, for å sikre at de blir tatt seriøst.

Artikkel D	A life shaped by pain: women and endometriosis
Referanse	Huntington, A., & Gilmour, J. A. (2005). A life shaped by pain: women and endometriosis. <i>Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell)</i> , 14(9), 1124-1132. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01231.x
Hensikt med studien	Utforske kvinners opplevelse av å leve med endometriose.
Metode	18 kvinner mellom 16-45 år. En kvalitativ studie. Kvinner deltok i studien med individuelle intervjuer.
Resultat og diskusjon	Kvinnene opplever alvorlige, kroniske smerter i det daglige livet. De beskriver de ulike smertene som oppstår ved endometriose og om sine strategier for å håndtere smertene. Smertene kan variere i alvorlighetsgrad og øker ofte med årene. Smertene kan oppleves som lammende, der standard medisinsk behandling ikke har lindrende effekt. Uten lindrende behandling er målet kun å redusere ubehag.
Konklusjon	Manglende eller forsinket diagnostisering, ingen formell smertebehandling og utilstrekkelig oppfølging, samt manglende støtte fra helsevesenet, førte til at kvinnene søkte andre kunnskapskilder og alternativ behandling. Smertene krevde livsstilsendringer. Endret kosthold og økt aktivitet var noen av strategiene kvinnene brukte for å håndtere og kontrollere smertene.
Relevans for oppgaven	Kvinnene mente at det var manglende kunnskap om endometriose i helsevesenet. Uten kunnskap blir ikke diagnosen oppdaget. Kvinnene opplevde manglende anerkjennelse og utilstrekkelig behandling uten stilt diagnose. For å bedre kunnskapsnivået i helsevesenet ønsket kvinnene mer søkelys på endometriose i sykepleierutdanningen.

Artikkel E	Mental health in women with endometriosis: searching for predictors of psychological distress
Referanse	Facchin, F., Barbara, G., Dridi, D., Alberico, D., Buggio, L., Somigliana, E., Saita, E., & Vercellini, P. (2017). Mental health in women with endometriosis: searching for predictors of psychological distress. <i>Human Reproduction (Oxford)</i> , 32(9), 1855–1861. https://doi.org/10.1093/humrep/dex249
Hensikt med studien	Utforske hvilke faktorer som påvirker den mentale helsen til kvinner med endometriose.
Metode	Tverrsnittstudie, kvantitativ metode. Studien baseres på intervju og informasjon hentet fra intervjuobjektene medisinske journaler. 210 kvinner deltok, i alderen mellom 19-51 år.
Resultat og diskusjon	Studien mener bekkenmerter påvirker kvinnens psykiske helse negativt. De som nylig var diagnostisert med endometriose var mer preget av angst og stress enn de andre deltakerne. Å være i et stabilt forhold bidro til mindre negative tanker og atferd. Studien fastslår derfor at partnere kan være en ressurs for kvinnen i å takle sykdommen og å gi emosjonell støtte. Artikkelen viste også at individuelle faktorer spiller inn på den mentale helsen. De med bedre selvtillit, selvbilde og mestringstro var bedre rustet til å takle negative psykiske påkjenninger.
Konklusjon	Individuelle karakteristika, smerte, lang diagnosetid og kvinnens partner har innflytelse på kvinnens psykiske helse.
Relevans for oppgaven	Endometriosesmertene påvirker kvinnens psykiske helse. Å undervise pasienter i å håndtere symptomer relatert til smerter er derfor en grunnleggende del av den tverrfaglige behandlingen.

Artikkel F	Predictors of Psychological Distress in Women with Endometriosis: The Role of Multimorbidity, Body Image, and Self-Criticism
Referanse	Geller, S., Levy, S., Ashkeloni, S., Roeh, B., Sbiet, E., & Avitsur, R. (2021). Predictors of psychological distress in women with endometriosis: The role of multimorbidity, body image, and self-criticism. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 18(7), 3453. https://doi.org/10.3390/ijerph18073453
Hensikt med studien	Studien ønsker å skape en oversikt og forståelse av hvordan endometriose påvirker kvinners psykiske helse. Studien avdekker hvordan kroppsbilde, selvkritikk og smerteintensitet blir påvirket av endometriose.

Metode	Kvantitativ studie. 247 kvinner mellom 20-49 år deltok i en tverrsnittundersøkelse. Deltakerne ble inndelt i 3 grupper: HP (healthy peers); friske deltakere, endometriosis ACI (additional chronic illness); deltakere med en kronisk sykdom i tillegg til endometriose og endometriosis; deltakere med kun endometriose.
Resultat og diskusjon	Ifølge hypotesen til studien finnes det forskjeller mellom de friske deltakerne, deltakerne med bare endometriose og deltakerne med kronisk sykdom i tillegg til endometriose. Studien avdekket at fysisk og psykisk smerte grunnet endometriose kan gi depresjon og at én sykdom forverrer den andre. Kroppsbilde og selvkritikk trenger ikke å ha en sammenheng med endometriose. Det er altså ikke bekreftet at endometriose forårsaker dårlig kroppsbilde eller selvkritikk.
Konklusjon	Studien viser at kvinner med endometriose er mer utsatt for depresjon og angst enn kvinner uten endometriose. Kvinner med en annen kronisk sykdom i tillegg til endometriose, er enda mer utsatt for psykiske påkjenninger.
Relevans for oppgaven	Helsepersonell må veiledes for å oppdage symptomer på angst og depresjon hos pasienter med endometriose, for å kunne tilpasse behandlingsforløpet etter pasientens behov.

Artikkel G	Psychological and cognitive factors implicated in pain experience in women with endometriosis
Referanser	Zarbo, C., Brugnera, A., Compare, A., Malandrino, C., Candeloro, I., Secomandi, R., Betto, E., Bellia, A., Rabboni, M., Bondi, E., & Frigerio, L. (2022). Psychological and cognitive factors implicated in pain experience in women with endometriosis. <i>Health Care for Women International</i> , 43(1-3), 142–159. https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1959592
Hensikt med studien	Studien ønsker å avdekke hvordan mestringsstrategier, metakognitive oppfatninger (å overtenke) og smerte virker inn på kvinnens psykiske helse og livskvalitet.
Metode	Kvalitativ studie. 60 kvinner med endometriose deltok i strukturerte intervju.
Resultat og diskusjon	Studien viser at endometriosesmertene påvirker kvinnens mentale helse og livskvalitet. Psykologiske og kognitive faktorer, samt mestringsstrategier kan påvirke smerteopplevelsen til kvinner med endometriose.
Konklusjon	Studien viser at håndteringsstrategier, katastrofetanker og angsttrekk, kan påvirke kvinnens opplevelse av smerte. Kvinner med

	angsttrekk og bekymringstrekk er i større fare for å oppleve mer smerte, enn kvinner uten.
Relevans for oppgaven	Studien belyser viktigheten av smertenes innvirkning på livskvalitet og mental helse hos kvinner med endometriose og mener det trenger særlig oppmerksomhet fra helsevesenet. Ved bedre forståelse av sykdommens helhet er det mulig å redusere omfanget av lidelsen. Det tverrfaglige teamet bør i tillegg til smertevurdering og behandling ta hensyn til og arbeide med pasientens personlighetstrekk.

Artikkel H	Improving clinical care for women with endometriosis: qualitative analysis of women's and health professionals' views
Referanser	Rowe, H. J., Hammarberg, K., Dwyer, S., Camilleri, R., & Fisher, J. R. (2021). Improving clinical care for women with endometriosis: qualitative analysis of women's and health professionals' views. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology</i> , 42(3), 174–180. https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1678022
Hensikt med studien	Sammenligne kvinner og helsepersonellets oppfatning av kvaliteten på helsetjenestene til pasienter med endometriose, samt avdekke muligheter til forbedring.
Metode	Kvalitativ studie. 46 kvinner deltok i intervju og/eller gruppediskusjon.
Resultat og diskusjon	Kvinnene mente helsepersonell avviste symptomer, manglet grunnleggende kunnskap og gav inkonsekvente råd. Kvinnene opplevde behandlingene som lite vellykket eller med uønskede bivirkninger. Helsepersonellet uttrykte at det var utfordrende å hjelpe kvinner med endometriose. De mente selv at de trengte mer kunnskap om endometriose og at terskelen for å mistenke diagnosen måtte senkes.
Konklusjon	Modeller for tverrfaglig- og samarbeidende omsorg må utvikles og evalueres for å øke pasientens velvære, livskvalitet og tilfredshet med symptombehandling og helsetjenester.
Relevans for oppgaven	Bedring av samarbeidsferdigheter på tvers av profesjoner, individualiserte behandlingsplaner der pasienten deltar aktivt, samt økt kunnskapsnivå innen helsetjenestene, kan være med å bedre behandlingstilbudet til pasienter med endometriose og øke kvinnens livskvalitet.

3.2 Smerter ved endometriose: «a crippling disability»

Endometriosesmertene påvirker alle deler av kvinnens liv (Denny, 2003). Ifølge Huntington og Gilmour (2005) opplevde kvinnene at smertene hadde en fysisk og psykisk dimensjon. En kvinne beskrev smertene slik: «It felt like my insides were coming out of my body at times». I studien til Denny (2003) sa en: «Sometimes it was so bad that I couldn't move. I was paralysed with pain [...] it felt like there was a knife going into each ovary».

Ifølge Huntington & Gilmour (2005) ligner endometriosesymptomer, symptomer knyttet til menstruasjon. Vanlige symptomer ved endometriose er bekkensmerter, magesmerter og kraftige menstruasjonsperioder. Kvinner opplevde også problemer med irritabel tarm, diare og obstipasjon og kunne ha ledd- og ryggsmertene, samt smerter ved urinlating og samleie. (Gökyildiz & Beji, 2012; Huntington & Gilmour, 2005). Kvinnene uttrykte også diffuse symptomer som følelsen av generelt ubehag, uvelhet, fatigue, og depresjon (Huntington & Gilmour, 2005).

Før kvinnene fikk diagnosen prøvde de å lindre smertene med smertestillende medikament, påføre varmebehandling lokalt og hvile. Noen brukte alkohol som smertelindring (Huntington & Gilmour, 2005).

Etter diagnostisering ble kvinnene tilbudt ulike medisinske behandlinger (Huntington & Gilmour, 2005). Kvinnene opplevde at hormonell behandling hadde noe midlertidig smertelindrende effekt (Huntington & Gilmour, 2005). I Denny (2003) forteller en kvinne om omfattende bivirkninger av hormonbehandling: «[...] about an inch all round my faceline had fallen out, and I was really depressed».

Radikal kirurgi er den siste behandlingen som tilbys. I Denny (2003) opplevde kvinnene færre komplikasjoner og generelt mer lindring av kirurgiske inngrep enn medisinske behandlinger. Ifølge Huntington & Gilmour (2005) ble kvinnene fortalt at graviditet kunne ha en smertelindrende effekt. I Rowe et al. (2019) ble kvinnene fortalt av graviditet var en kur.

Kvinnene opplevde begrensinger ved kirurgiske og medisinske inngrep. De gjorde store livsstilsendringer og søkte alternativ informasjon og behandling. «I have to now make all these lifestyle changes, it's all I can do, it's either suicide or stand and fight [...]» (Huntington & Gilmour, 2005).

«I have an excellent holistic doctor, who is conventionally trained but prescribes natural supplements and other alternative therapies to treat endometriosis. She has been the only doctor to be able to help reduce the severity and rapid growth of my endo and improve my quality of life» (Rowe et al., 2019).

3.3 Møtet med helsevesenet

I Rowe et al. (2019) opplevde flere av kvinnene å ikke bli tatt seriøst av helsepersonell. En sa; «I saw a general practitioner at 15 about my periods...he told me it was part of being a female». I studien sa kvinnene at de følte på skam og stigma knyttet til sykdommen. Denny (2003) mener helsepersonell må anerkjenne endometriose som en smertefull og patologisk tilstand, ikke som en psykisk prosess relatert til menstruasjon.

Sykepleieren kan være «advokat» for kvinner med endometriose, for å sikre at pasientens symptomer ikke blir bagatellisert.

I Rowe et al. (2019) ytret kvinnene mangel på pålitelig informasjon om endometriose og utlignende behandlingsmuligheter. I Huntington & Gilmour (2005) sa en kvinne; «They give you information to take home about how you are going to feel after the operation, but nothing on endometriosis».

Endometriose er en ikke-kurerbar sykdom. Helsepersonell og pasienter opplever dette som frustrerende. Kvinnene ønsket å ta større del i egen behandling. En sa: «We are the expert of our own bodies and not all doctors recognize and support that». Pasientene ønsket en langsiktig behandlingsplan, noe de fleste mente de aldri fikk (Rowe et al., 2019).

Huntington & Gilmour (2005) mener det har vært lite diskusjon om pasientenes erfaringer med endometriose i sykepleielitteraturen. I Rowe et al. (2019) uttrykte helsepersonell at det var utfordrende å hjelpe kvinner med endometriosesymptomer. De mente at de selv manglet kunnskap om endometriose og at terskelen for å mistenke diagnosen må senkes.

Helsepersonellet opplevde i noen situasjoner å fokusere på det medisinske, uten å ta det psykologiske perspektivet i betraktning. I studien var helsepersonellet og kvinnene enige om at engasjement fra flere profesjoner var nødvendig for å behandle endometriose (Rowe et al., 2019). I det tverrfaglige samarbeidet har sykepleier en koordinerende rolle i behandlingen (Gökyildiz & Beji, 2012).

3.4 Psykiske plager hos kvinner med endometriose

Endometriose er en kronisk tilstand som kan påvirke kvinners psykiske helse. Ved bedre forståelse av sykdommens helhet er det mulig å minske virkningen av lidelsen. Psykologiske og kognitive faktorer, som personlige egenskaper og håndteringsstrategier, kan påvirke smerteopplevelsen hos kvinner med endometriose. Smertegraden spiller en sentral rolle i å påvirke depressiv symptomatologi. Opplevelsen av smerte er et resultat av et dynamisk samspill mellom fysiologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Zarbo et al., 2021).

Studien til Geller et al. (2021) konkluderer med at psykiske plager kan oppstå fra bekymringer angående kroppsbilde, selvkritikk og smerteintensitet. Videre mener studien at en psykologisk intervensjon som rådgivning, kan hjelpe pasientene å finne effektive strategier for å mestre sykdommen og dens komplikasjoner, samt redusere risikoen for å utvikle psykiske lidelser. Undervisning av pasienter for å håndtere symptomer er en grunnleggende del av en tverrfaglig behandling (Facchin et al., 2017).

Det tverrfaglige teamet bør, i tillegg til smertevurdering og behandling, ta hensyn til- og arbeide med pasientens personlighetstrekk. I dette inngår det å styrke positive mestringsstrategier, redusere negative mestringsstrategier og metakognitive overbevisninger, som kan bedre mental helse hos kvinner med endometriose (Zarbo 2021).

3.5 Sosiale forhold

Huntington & Gilmour (2005) sier endometriose påvirker pasientens arbeidsliv og sosiale relasjoner. I studien er forsinkelse i diagnostisering, underdrivelse og normalisering av

tilstanden, samt begrenset behandlingstilbud hovedårsakene til at sykdommen påvirker kvinnens relasjoner.

I Denny (2003) sa flere av kvinnene at endometriose hadde en negativ påvirkning på deres karriere og var et handikap i profesjonelle sammenhenger. Kvinnene opplevde lite støtte og forståelse fra arbeidsmiljøet. De som fikk muligheten til å fortelle om sin diagnose på jobb opplevde økt støtte og forståelse fra kollegaer.

Denny (2003) sier kvinnene hadde vansker med å opprettholde sitt sosiale nettverk og mener endometriose preget parforhold. En kvinne sa: «I wasn't able to go out and enjoy myself, and I was in a serious relationship for 3 years at that point and ultimately (endometriosis) made my relationship break up. My partner couldn't cope with the way I was.»

Culley et al. (2017) mener endometriose endret mannens rolle. Mannen tok på seg flere oppgaver i hjemmet og bistod med helserelatert og emosjonell støtte. Mennene opplevde at helsepersonell ikke anerkjente deres påvirkning av endometriose og syntes kvaliteten på helsehjelpen kvinnene mottok var utilstrekkelig.

4 Diskusjon

I dette kapittelet skal vi diskutere vår problemstilling i lys av litteratur fra utvalgt teori, funn fra forskningsartiklene og egne erfaringer fra praksis. Vi har inndelt diskusjonen i fire delkapitler. Disse tar utgangspunkt i hovedtemaene fra resultatkapittelet. Målet er å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til å øke pasientens livskvalitet.

4.1 Smertens kompleksitet

Kroniske bekkensmerter er et omfattende problem som påvirker livskvaliteten til kvinner med endometriose. Smertene er en viktig årsak til fysisk, psykososial, emosjonell og arbeidsrelatert funksjonsnedsettelse blant kvinnene (Gökyildiz & Beji, 2012).

I Denny (2003) forklarte kvinnene at endometriosesmertene kunne variere i intensitet og varighet. For noen var smertene ved starten av menstruasjon verst, noen opplevde sterke smerter rundt eggøsning og andre hadde smerter nesten konstant. Til tross for konstante, uutholdelige smerter, kan alvorlig endometriose ifølge Gökyildiz & Beji (2012) forbli udiagnostisert, da graden av smertene ikke samsvarer med alvorlighetsgraden av tilstanden. Det vil si at alvorlige smerter ikke trenger å bety alvorlig endometriose og omvendt.

Denny (2003) sier helsepersonell må anerkjenne endometriose som en smertefull, patologisk tilstand, og ikke som en psykologisk prosess relatert til menstruasjon. I Huntington & Gilmour (2005) opplevde flere av kvinnene at de ikke ble tatt på alvor av helsevesenet, og smertene ble avvist som imaginære. Dette kan sette pasientens tillit til helsevesenet på prøve. Tillit er et viktig aspekt i relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient. Sykepleier skal tale pasientens sak, og sikre at kvinnen blir tatt seriøst i møte med helsevesenet. Slik vi forstår det er tillit også en viktig del av empowerment prosessen, der pasienten skal ta kontroll over egen helse (Tveiten, 2021). Uten tillit kan det være utfordrende for pasienten å stole på sykepleier, samhandle og motta god helsehjelp.

Da det kom til skildring av smerter, uttrykte mange av kvinnene at det var vanskelig å beskrive omfanget ved bruk av en standard smerteskala. De opplevde at helsepersonell ikke utførte en tilstrekkelig god jobb i kartleggingen av deres smerter (Denny, 2003). Endometriosesmerter er et subjektivt fenomen. Smerte kan oppfattes ulikt fra person til person og variere fra en situasjon til en annen (Nortvedt, 2019). Sykepleier må være bevisst og oppmerksom i møte med pasienter med langvarige smerter, da fravær av tegn på smerter ikke nødvendigvis betyr fravær av smerte (Danielsen et al., 2016).

Bruk av standardiserte kartleggingskjemaer kan være nyttig ved vurdering av pasientens tilstand. Disse kan bidra til å avdekke endringer i pasientens smerter. Kartlegging av pasientens tilstand er viktig for å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, og god smertebehandling (Stubberud & Grønseth, 2022). Imidlertid har verktøyet sine begrensninger. I noen situasjoner identifiserer ikke verktøyet endringene i pasientens tilstand. I slike tilfeller er det avgjørende at sykepleierens kliniske vurderinger kan gi utfyllende informasjon som videreformidles sammen med vurderingskjemaene.

Kartleggingsverktøyene skal betraktes som et hjelpemiddel der målingene settes inn i en helhetlig sammenheng som kan styrke sykepleierens kliniske vurderingsevne (Stubberud & Grønseth, 2022).

4.2 Behandling av endometriose

Endometriose er sykdom som ikke kan kureres, der standard medisinsk behandling ikke har lindrende effekt (Moen et al., 2021; Huntington & Gilmour, 2005). Ifølge Huntington & Gilmour (2005) er behandlingsmålet å redusere pasientens ubehag. Kvinnene i studien opplevde begrensinger ved kirurgiske og medisinske inngrep. Selv pasienter med vellykket behandling opplevde tilbakefall (Helsenorge, 2021). Behandling av endometriose kan være frustrerende for pasienten, men også for sykepleier da tilgjengelig behandling ikke kan kurere pasienten.

I Rowe et al. (2019) mente én pasient at naturlig behandling var det eneste som lindret symptomene og bedret hennes livskvalitet. Fysisk aktivitet, endring av kosthold, kosttilskudd og akupunktur, samt mindfulness er tiltak som kan lindre endometrioserelaterte smerter (Huntington & Gilmour, 2005; Facchin et al., 2017). Dette kan støttes med funn fra en annen artikkel, som sier at kunnskap om medisinsk og ikke-medisinsk behandling kan gi pasienten økt kontroll over beslutninger og handlinger som berører egen helse (Gökyildiz & Beji, 2012).

Noen kvinner benyttet seg av selvmedisinering som et resultat av langsom diagnosetid. Selvmedisinering ga noe midlertidig lindring (Huntington & Gilmour, 2005), men kan utgjøre en fare for pasientsikkerheten. Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats, eller mangel på det (Aase, 2022). Det kan argumenteres for at lang diagnosetid kan være brudd på pasientsikkerheten, da pasienter tok i bruk selvmedisinering som smertelindring grunnet utilstrekkelig hjelp fra helsevesenet.

Det kom fram i en studie at både helsepersonell og kvinnene var enige om at tverrfaglig samarbeid var nødvendig for å behandle endometriose, da sykdommens symptomer rammer flere sider av kvinnens liv (Rowe et al. 2019). I tverrfaglige team arbeider ulike profesjoner med utfyllende kompetanser kontinuerlig sammen. Samarbeidet krever forpliktelse blant teammedlemmene og involvering i hverandres arbeid (Orvik, 2022). Sykepleierens rolle i det tverrfaglige teamet kan være å koordinere samarbeidet ved å sikre god kommunikasjon og informasjonsflyt mellom pasienten, pasientens familie og det tverrfaglige teamet (Gökyildiz & Beji, 2012).

I studien til Rowe et al. (2019) er det funn der kvinnene understreker viktigheten av å delta i beslutningstaking, og et ønske om en langsiktig behandlingsplan. Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5). En slik individuell plan fremmer brukermedvirkning der behandlingen er tilrettelagt pasientens interesser (Helsedirektoratet, 2017). Pasienter med endometriose kan ha nytte av en individuell plan, da behandlingsplanen kan gi en strukturert oversikt og skape godt samarbeid mellom pasient og ulike profesjoner. Deltakelse i behandling kan også bidra til mestring, empowerment og økt livskvalitet. I noen tilfeller ønsker pasienten derimot å overlate ansvar og beslutningstaking til helsepersonell. Sykepleier må da ta høyde for at noen pasienter ikke ønsker rollen som deltaker (Christiansen, 2020).

4.3 Sykepleierens veiledende funksjon

I Rowe et al. (2019) uttrykte pasientene at det var mangel på pålitelig informasjon og kunnskap om endometriose fra helsepersonell. Flere av kvinnene søkte andre kunnskapskilder og hentet informasjon om endometriose på egenhånd. Denne utviklingen kan utfordre sykepleieren til å holde seg faglig oppdatert, da pasienten er kunnskapsrik og velinformert (Christiansen, 2020).

Det er funn som indikerer at helsepersonell har en begrenset forståelse av endometriose (Rowe et al., 2019). Ifølge Huntington & Gilmour (2005) mener helsepersonell selv at de trenger økt kunnskap om sykdommen. Orem sier sykepleierens oppgave er å støtte og undervise pasienten slik at pasienten selv kan være i stand til å utføre egenomsorg (Hansen & Larsen, 1994). Sykepleierens manglende kunnskap kan påvirke deres evne til å gi støtte, informasjon og behandling til pasienter med endometriose (Huntington & Gilmour, 2005). Manglende kunnskap blant helsepersonell kan redusere sykepleierens veiledende funksjon.

Sykepleier er pliktig til å utføre sitt arbeid i tråd med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp ut ifra blant annet sykepleierens kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, §4). Grunnleggende kunnskap om kvinnekroppen og endometriose er avgjørende for å hjelpe denne pasientgruppen. De yrkesetiske retningslinjene sier sykepleier skal være oppdatert innen forskning, utvikling og dokumentert praksis på eget fagområde (Norsk sykepleieforbund, 2019). Leder har et overordnet ansvar for at tjenestene og organiseringen av helsetjenestene er forsvarlig. Dette betyr at sykepleiere på alle nivå har systemansvar for at tjenesten de leder er faglig forsvarlig (Orvik, 2022). Kursing av ansatte kan være et tiltak for å øke kunnskapsnivået i helsetjenestene. Økt kunnskap om relevante sykdommer og praktiske prosedyrer kan styrke sykepleierens yrkesutøvelse.

4.4 Psykisk helse og sosiale relasjoner

Pasienter med endometriose kan være mer utsatt for å utvikle psykiske lidelser enn kvinner uten sykdommen (Zarbo et al., 2021). Psykiske plager kan forsterke kvinnens smerter, samt øke bekymringer for kroppsbilde og selvkritikk (Geller et al., 2021). Individuelle faktorer påvirker også den psykiske helsen. De med bedre selvtillit, selvbilde og mestringsevne var bedre rustet til å håndtere negative psykiske påkjenninger (Facchin et al., 2017). Fare for redusert fertilitet kan prege kvinnens kroppsbilde, da kvinnen biologisk sett skal bære fram barn. Kroppsbildet handler om oppfatninger og følelser knyttet til hvordan kroppen fungerer. Et negativt kroppsbilde påvirker følelsene, tankene og ens væremåte. Dette kan skape redusert selvfølelse, samt svekke kvinnens psykiske helse. Infertilitet er et eksempel på hvordan endometriose kan påvirke kvinnens psykiske helse. På den andre siden er det ikke bekreftet at endometriose forårsaker dårlig kroppsbilde eller selvkritikk (Geller et al., 2021).

I vår praksis fra somatisk sykehus opplevde vi at ansvar for psykisk helse ikke blir ivaretatt på lik linje med fysisk helse. Sykehus har ofte en biomedisinsk tilnærming. Helsepersonell konsentrerer seg i stor grad om menneskets biologiske dimensjon, nemlig kroppen (Kristoffersen, 2019). Pasienter med endometriose trenger behandling grunnet en patologisk tilstand. Likevel ser vi i resultatene at det psykologiske aspektet er avgjørende ved behandling av pasientgruppen. Ved å utføre helhetlig sykepleie kan både

psykisk- og fysisk helse behandles (Geller et al., 2021: Facchin et al., 2017: Zarbo et al., 2021).

Smerte ved endometriose var utfordrende for kvinnene i arbeidssammenheng og i sosiale relasjoner (Huntington & Gilmour, 2005). Mangel på støtte, frykt for å ikke bli trodd på, og fordommer, førte til at flere av kvinnene ikke var åpne om sin sykdom på jobb (Denny, 2003). Jobbmuligheter ble begrenset av behovet for deltid og fleksibilitet, og noen kunne ikke fullføre utdanning (Huntington & Gilmour, 2005).

Det stilles krav til ivaretagelse av arbeidstakers integritet og verdighet i norsk lov. Dette dreier seg om respekt for egenverd, identitet og opplevelsen av å strekke til (Arbeidsmiljøloven, 2005, §4-3). Kvinner med endometriose kan føle på manglende evner og tilhørighet i arbeidssammenheng, som kan svekke kvinnens følelse av verdighet og integritet. Sykepleier skal fungere som en sympatisk støttespiller og ha helhetlig forståelse av hvordan sykdommen preger kvinnens liv. Sykepleier har ansvar for å lære bort håndteringsstrategier som kan lindre symptomer slik at pasienten kan fungere i arbeidslivet (Facchin et al., 2017).

Orem sier at egenomsorg er en balanse mellom å være alene og oppleve tilknytning og tilhørighet. Flere kvinner opplevde at å leve med endometriose førte til en grad av sosial isolasjon, og for noen brudd i parforhold (Denny, 2003). Dette kan føre til en ubalanse i egenomsorgsbehovet, og kan true det sosiale velværet og føre til nedsatt livskvalitet (Hartweg, 1991).

Et stabilt forhold kan redusere negativ tankevirksomhet for kvinner med endometriose (Facchin et al., 2017). Denny (2003) sier at kvinnens partner er den viktigste støttespilleren i å håndtere å leve med endometriose. Partneren kan være en ressurs ved å yte omsorg og delta i behandlingsprosessen. I Culley et al. (2017) sier mannlige partnere at de blir lite anerkjent av helsepersonell. Den mannlige partneren opplevde at endometriose var inngripende og belastende i eget liv. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleieren skal vise respekt, omtanke og inkludere pårørende (Norsk sykepleieforbund, 2019).

Joyce Travelbee sier det som angår den syke angår den pårørende, og omvendt. Ved å hjelpe den pårørende, hjelper sykepleieren den syke (Travelbee, 1971). Det er altså viktig å anerkjenne kvinnens pårørende, da de kan være en verdifull ressurs for kvinnen. I tillegg kan også pårørende være en ressurs og avlastning for sykepleieren i en travel arbeidshverdag.

4.5 Metodediskusjon

Endometriose kjennetegnes av smertefulle symptomer og lav livskvalitet (Zarbo et al., 2021). Smerte og livskvalitet er subjektivt. Disse fenomenene er sentrale i vår oppgave.

På bakgrunn av dette har vi valgt å anvende flere kvalitative, enn kvantitative studier, da kvalitative studier fokuserer på hvordan mennesker oppfatter verden og hva som betyr noe for oss. Studiene gir oss et nyansert bilde av kvinners personlige erfaringer med endometriose. En svakhet med den kvalitative dataen er at den representerer et fåtall av kvinner som lider av endometriose. Det betyr at de kvalitative studiene ikke alene kan trekke en endelig konklusjon, men forme en hypotese som må bli validert av andre studier.

De kvantitative studiene har derimot informasjon fra en større del av pasientgruppen. Her fokuseres det på årsakssammenhenger, med et større bilde av generelle forhold. Ulempen med den kvantitative dataen er at bakgrunnen for svarene, samt informasjon som ikke kan tallfestes, uteblir.

Våre artikler dekker forskning om endometriose fra 2003-2023. På disse årene har det vært endring innen forskningsfeltet. Likevel mener vi våre eldre forskningsartikler er relevante, da kunnskapstilfanget innen endometriosefeltet er begrenset.

Flere av studiene er først til å forske på sitt tema. Manglende forskning gjør resultatene like, da ingen annen forskning drøfter samme sak. Det betyr at vi får ensidige funn, og ikke et nyansert bilde. Et eksempel på dette er studien til Culley et al. (2017) som fokuserer på den mannlige partneren til kvinnen med endometriose. Studien baseres på heteroseksuelle parforhold, uten å ta høyde for kjønn- og seksualitetsmangfold.

En av studiene ble utført under koronapandemien. Geller et al. (2021) opplevde at det var utfordrende å danne en relasjon med deltakerne og oppfatte den nonverbale kommunikasjonen, da intervjuene ble utført over telefon. Ifølge studien kan det ha påvirket resultatene.

Halvparten av forskningsartiklene er fra europeiske land. De resterende er fra Australia, New Zealand, Israel og Tyrkia. Vi anser de europeiske artiklene, samt artiklene fra Australia og New Zealand som relevante da disse landene har samme kultursfære som Norge. Vi erkjenner at det kan være politiske forskjeller og andre retningslinjer for helsetjenester i Tyrkia og Israel, men synes likevel at artiklene har relevant kunnskap med overføringsverdi til det norske helsevesenet.

En av de inkluderte studiene oppsummerer andres forskning. Studien gir oss bearbeidet informasjon som kan prege resultatene og føre til at teksten kan bli forvrengt og misforstått. Likevel mener vi resultatene i artikkelen samsvarer med primærstudiene, og syntes oversiktsartikkelen gir universelle funn som kan brukes av helsepersonell verden over.

I utvelgelsen av artikler var vi bevisst etiske utfordringer som kan oppstå i forskningssammenheng. I helserelatert forskning er personvern og anonymitet en forutsetning, da sensitive opplysninger blir delt. Kunnskapen skal ikke fremstilles på bekostning av deltakernes integritet og deltakeren skal ikke påføres skade eller unødvendig belastning. De inkluderte artiklene er godkjent av en etisk komité.

Vi har som nevnt valgt å ikke avgrense møtet mellom sykepleier og pasient til en spesifikk arena, siden vi mener at sykepleier kan møte pasientgruppen i alle deler av helsevesenet. I etterkant ser vi at det kunne ha vært hensiktsmessig å avgrense møtet til en spesifikk sengepost, da oppgaven vår om mulig har blitt noe generell. Samtidig fant vi ingen forskningsartikler om sykepleierens rolle til pasientgruppen på en sengepost. Det ble derfor vanskelig å avgrense møtet mellom sykepleier og pasient i oppgaven.

4.6 Konklusjon

I denne oppgaven har vi utforsket hvordan sykepleier kan øke livskvaliteten til pasienter med endometriose.

Endometriose påvirker livskvaliteten til mange kvinner. Sykdommen kan ikke kureres, og standard medisinsk behandling har begrenset lindrende effekt. Endometriose påvirker

fysiske, psykiske og sosiale aspekter i kvinnens liv. Smertene og psykiske plager kan skape en ond sirkel, der den ene tilstanden forverrer den andre. Helsepersonell må veiledes for å oppdage symptomer på psykiske lidelser, og være observant på symptom som kan prege kvinnens psykiske helse.

Manglende kunnskap kan påvirke sykepleierens evne til å yte god helsehjelp til pasienter med endometriose, samt påvirke det relasjonelle aspektet. Kunnskap og forståelse av sykdommen i sin helhet kan redusere pasientens lidelse. Sykepleier har en sentral veiledende funksjon for pasienten. De skal styrke kvinnens ressurser og evne til å mestre egen livssituasjon gjennom empowerment-prosessen. Sykepleier har også ansvar for å ivareta pårørende, da pårørende kan være en ressurs for pasient.

Tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å behandle endometriose, da sykdommens symptomer rammer flere aspekter i kvinnens liv. Pasienter med endometriose kan få økt livskvalitet ved en helhetlig tilnærming. Gode samarbeidsferdigheter på tvers av profesjoner, individualiserte behandlingsplaner der pasienten deltar aktivt, samt økt kunnskapsnivå innen helsetjenestene, kan være med å bedre behandlingstilbudet. Sykepleier har ansvar for å lære bort håndteringsstrategier som kan lindre symptomer, og skal samtidig fungere som en veileder og sympatisk støttespiller som guider pasienten gjennom behandling.

I arbeidet med denne oppgaven har vi lært mer om hvordan det er å leve med endometriose. Disse kvinnene kan oppleve lite støtte fra både helsevesenet og sine omgivelser. Endometriose er et fagfelt der kunnskapstilfanget er noe begrenset. Vi tenker at videre forskning er nødvendig, for å belyse flere områder rundt sykdommen.

Referanser

- Aase, K. (2022). *Pasientsikkerhet*. Universitetsforlaget.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). (LOV-2022-12-20-99). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_5
- Aveyard, H. (2019). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide* (4th edition). Open University Press.
- Christiansen, B. (2020). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2.utg., s. 47-72). Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, B. (2020). Helseveiledning – hva menes med det?. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2.utg., s. 13-30). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O (2018). Hva er metode. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 51-61). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O (2018). Hvordan kunnskap blir til. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 37-49). Gyldendal Akademisk.
- Direktoratet for høyre utdanning og kompetanse. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Kanalregister.
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). Hva er god, profesjonell kommunikasjon? I H. Eide, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg., s. 16-45). Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *The Australian Journal of Advanced Nursing: A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 20(2), 22-26.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2016). *Quality of life* (3. Utg). Wiley Blackwell.
- Gammersvik, Å. (2020). Å fremme helse fra et helsepsykologisk perspektiv. I T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2.utg., s. 202-220). Fagbokforlaget.
- Grov, E. K., & Lorentsen, V. B. (2022). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie 2* (6. utg., s. 475-520). Gyldendal Akademisk.
- Grønseth, R., & Jerpseth, H. (2019). Vitenskapelig metode. I R. Grønseth, & H. Jerpseth, *Bacheloroppgaven i sykepleie* (s. 79-95). Fagbokforlaget.

- Hansen, M & Larsen, B. H. (1994). *Sygeplejevidenskab – teori og metode* (1.utg.). Nyt nordisk forlag Arnold Busck.
- Hartweg, D. L. (1991). *Dorothea Orem Self-Care Deficit Theory*. Sage Publications.
- Helsebiblioteket. (2016, 24. oktober). Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *Sjekklistor*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2017). *Brukermedvirkning. Individuell plan. Rett til informasjon og opplæring. Velg behandlingsted*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/brukermedvirkning-i-rusbehandling/brukermedvirkning-individuell-plan-rett-til-informasjon-og-opplaering-velg-behandlingssted>
- Helsenorge. (2021). *Endometriose*. Hentet 9.mai 2023 fra
<https://www.helsenorge.no/sykdom/underliv/endometriose/>
- Helsenorge. (2018). *Overgangsalder: Hva er det?*. Hentet 10.mai 2023 fra
<https://www.helsenorge.no/sykdom/underliv/menopause/>
- Helsepersonelloven. (2000). Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Husby, G.K., Haugen, R.S. and Moen, M.H. (2003), Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82: 649-653. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00168.x>
- Jerpseth, H. (2012). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5.utg., ss. 133-165). Gyldendal Akademisk.
- Kristoff, A. (2019). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s. 401-417). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2019). Helse og sykdom – utvikling og begreper. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3.utg., s. 29-79). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2019). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3.utg., s. 15-64). Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Udir.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

- Langebrekke, A., Johannessen, H-O, & Quigstad, E. (2008). Kirurgisk behandling av endometriose. *Tidsskriftet*, 2008 (13).
<https://tidsskriftet.no/2008/06/oversiktsartikkel/kirurgisk-behandling-av-endometriose>
- Langeland, E. (2020). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2.utg., s. 157-178). Fagbokforlaget.
- Moen, M. H., Majak, G. B., Ringen, I. M. & Veddeng, A. (2021). Se opp for endometriose. *Tidsskriftet*, 2021 (10). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0419>
- Norsk sykepleieforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, F. (2019). Smerte- en personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug. & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie 1* (3.utg., s. 169-185). Gyldendal Akademisk.
- NOU 2023: 5. (2023). *Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/>
- Orvik, A. (2020). *Organisatorisk kompetanse – Innføring i faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring*. Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Prioriteringsforskriften. (2001). Forskrift om prioriteringer av helsetjenester m.m. (FOR-2022-12-19-2351). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208>
- Rustøen, Tone. (2016). Livskvalitet og velvære. I A. K. Tolo Heggstad, & U. Knutstad, *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4.utg., s. 80-109). Cappelen Damm Akademisk.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2019). *Menneskekroppen* (3.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2022). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 5-37). Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I-J. (2023). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. F.A Davis Company.

Tveiten, S. (2020). *Empowerment og veiledning*. I T. B. Larsen (Red.), Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis. Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2021). *Helsepedagogikk – Helsekompetanse og brukermedvirkning* (2.utg.). Fagbokforlaget.

World Health Organization. (2023). *Endometriosis*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>

