

”Det tar ont när jag har sex, men ingen förstår mig”

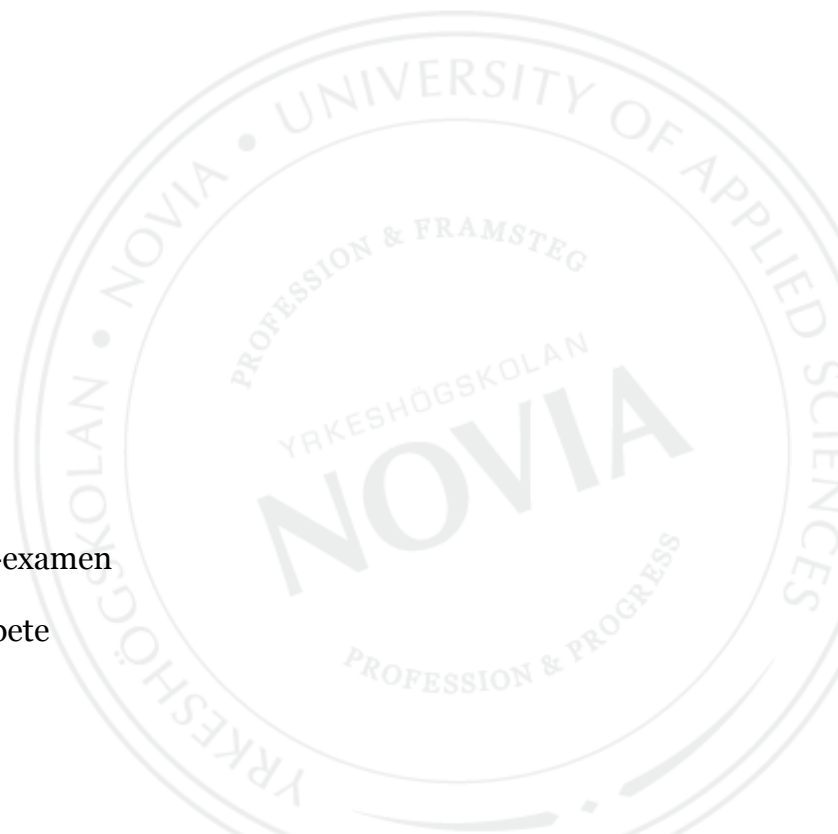
En empirisk studie om vården och bemötande av kvinnor som lider av smärtsamma samlag.

Caroline Staffas

Examensarbete för sjukskötar (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för Vårdarbete

Vasa 2011



*Detta arbete tillägnas alla kvinnor som lider i hemlighet
och dem som känner till deras hemlighet.
Den tillägnas även mina nära och kära som stöttat mig
och funnits nära mig när det känts tungt.*

*”Du vet väl om att du är värdefull
att du är viktig här och nu
att du är älskad för din egen skull
för ingen annan är som du.”*

(Ingmar Ohlsson, Psalm 791).

EXAMENSARBETE

Författare: Caroline Staffas

Utbildningsprogram och ort: Vård Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Vårdarbete

Handledare: Barbro Mattsson-Lidsle

Titel: "Det tar ont när jag har sex, men ingen förstår mig"

En empirisk studie om vården och bemötande av kvinnor som lider av smärtsamma samlag.

Datum December 2011

Sidantal 101

Källor 38

Bilagor 8

Sammanfattning

Syftet med studien är att i en empirisk studie ta reda på hurdan vård unga kvinnor som lider av smärta vid samlag erbjuds samt på vilket sätt de drabbade har blivit bemötta av vårdpersonalen. Frågeställningarna i studien är: *Hur påverkas kvinnorna av smärtan?*, *På vilket sätt erbjuds unga kvinnor som lider av smärta vid samlag vård och hjälp?* och *På vilket sätt bemöts unga kvinnor som lider av smärta vid samlag i vården?*. För att samla in data användes webbenkäter med öppna och slutna frågor, och 148 kvinnor i åldrarna 18-26 deltog i studien som analyserades med hjälp av deskriptiv statistik och kvalitativ innehållsanalys. Resultatet tolkades mot den teoretiska referensramen samt mot tidigare forskning och den teoretiska bakgrunden.

Resultatet som framkom visade att smärta vid samlag inte enbart påverkar de drabbade kvinnorna utan även deras förhållande negativt. De upplevde exempelvis frustration och skuld över situationen samt att sexlusten blev mindre och de kunde inte njuta av samlag. Många av de drabbade väljer ändå att ha samlag och en orsak var att de ville tillfredsställa partnern. Det framkom även att det är få kvinnor som söker hjälp för smärtan och den största orsaken är att smärtan inte är ett problem. De som sökt hjälp har oftast blivit erbjudna andra preventivmedel eller råd. De flesta kvinnorna upplevde situationen och bemötandet som negativt genom att de inte blev trodda eller att ingen förstod dem. En vårdare skall enligt kvinnorna vara förstående, kunnig, stödande och bör klara av att diskutera samlevnadsfrågor.

Språk: Svenska **Nyckelord:** Samlagssmärta, Bemötande, Lidande, Vulva, Vestibulodinia, Vulvodinia, Vestibulit, Vaginism, Dyspareunia

Examensarbetet finns tillgängligt antingen i webblibraryket Theseus.fi eller i biblioteket.

BACHELOR'S THESIS

Author: Caroline Staffas

Degree Programme: Health care, Vasa

Specialization: Nursing

Supervisors: Barbro Mattsson-Lidsle

Title: "It hurts when I have intercourse, but no one understands me"

An empirical study about nursing and treatment of women who are suffering from pain during sexual intercourse.

Date December 2011 Number of pages 101 Sources 38 Appendices 8

Summary

The aim of the study is to through an empirical study find out which kind of treatment young women, suffering from pain during sexual intercourse, are offered and how the affected women have been met by healthcare. The questions in the study are: *How are the women affected by the pain? In which way are the young women, suffering from pain during sexual intercourse, offered care and help? In which way are women, suffering from pain during sexual intercourse, met by healthcare?* A web survey with closed and open questions was used to collect data, and 148 women in the ages of 18-26 took part in the study which then was analyzed through descriptive statistics and content analysis. The result was interpreted against the theoretic framework and against earlier research and the theoretical background.

The result showed that pain during sexual intercourse does not only affect the women but also their relationships negatively by the pain. The women experienced frustration and guilt because of the situation, that their desire of sex decreased and that they could not enjoy sexual intercourse. Many of the affected women chose to have sexual intercourse anyway, and one of the reasons was that they wanted to satisfy their partner. It also emerged that only a few women reach out for help for their pain. The main reason is that the pain is not a problem. Those who have reached out for help have in most cases been offered advice or other contraceptives. Most of the women experienced the situation and the encounter as negative because they were not understood or believed. Healthcare personnel should according to the women be understanding, competent, supportive and should be able to discuss questions regarding relationships.

Language: Swedish **Key words:** Painful intercourse, Treatment, Suffering, Vulva, Vestibulodynia, Vulvodynia, Vaginism, Dyspareunia

The thesis is available either at the electronic library Theseus.fi or in the library.

Innehåll

1 Inledning.....	1
2 Syfte och problemprecisering.....	2
3 Teoretiska utgångspunkter.....	2
3.1 Lidande enligt Eriksson.....	3
3.1.1 Sjukdomslidande	3
3.1.2 Vårdlidande.....	4
3.1.3 Livslidande	5
3.2 Lidande enligt Lanara	5
3.3 God vård enligt Eriksson.....	6
3.3.1 Människans begär	7
3.3.2 Människans värdighet.....	7
3.4 God vård enligt Sarvimäki och Stenbock-Hult	8
3.5 God vård enligt Duffy	9
4 Teoretisk bakgrund.....	10
4.1 Smärta	10
4.2 Kvinnans anatomi.....	11
4.3 Sexuallivets inverkan i vårt dagliga liv	12
4.4 Samlag.....	13
4.5 Smärta vid samlag	14
4.5.1 Smärtans karaktär	15
4.5.2 Diagnostisering av smärtan	16
4.5.3 Diagnostiska undersökningar.....	17
4.5.4 Vård vid smärta vid samlag	17
4.5.5 Vestibulodynia.....	19

4.5.6 Vulvodynia – den oprovocerade samlagssmärtan	20
4.5.7 Vestibulit – den provocerade samlagssmärtan	20
4.5.8 Vaginism.....	20
4.5.9 Andra orsaker till smärtsamma samlag.....	21
5 Tidigare forskningar	22
5.1 Vården	22
5.2 Bemötande.....	29
5.3 Sammanfattning av tidigare forskning	36
6 Undersökningens genomförande	38
6.1 Val av informanter	38
6.2 Datainsamling med enkäter.....	39
6.2.1 Den moderna enkäten - webbenkäten.....	41
6.3 Dataanalys	42
6.3.1 Deskriptiv statistik.....	42
6.3.2 Kvalitativ innehållsanalys.....	43
6.4 Undersökningens praktiska genomförande	44
6.4.1 Insamlande av artiklar.....	45
6.4.2 Insamlande av data	45
7 Resultatredovisning	47
7.1 Informanten	48
7.2 Samlagssmärtans påverkan på de drabbade kvinnorna.....	53
7.2.1 Upplevelser av smärta vid andra aktiviteter	53
7.2.2 Valet att utföra ett samlag.....	54
7.2.3 Samlagssmärtans påverkan på de drabbade kvinnorna och förhållandet	58
7.3 Vård och hjälp som erbjuds drabbade kvinnor som lider av smärta vid samlag..	61
7.3.1 Valet att inte söka hjälp för sin smärta	61

7.3.2	Vården och hjälpen som erbjudits de drabbade kvinnorna.....	62
7.3.3	Orsaken till att ingen vård erbjudits till de drabbade kvinnorna	64
7.4	Bemötandet i vården av drabbade kvinnor som lider av smärta vid samlag.....	66
7.4.1	Kvinnornas egna upplevelser av att ta kontakt med vården på grund av smärtan.....	66
7.4.2	Kvinnornas egna upplevelser av vårdpersonalens bemötande när de tog kontakt	68
7.4.3	Kvinnornas egna önskningar om hur vårdpersonalen skall vara vid problem i sex och samlivet	70
7.5	Sambandsundersökning	75
8	Tolkning	82
8.1	Samlagssmärtans påverkan på de drabbade kvinnorna.....	82
8.1.1	Kvinnans mående psykiskt	82
8.1.2	Upplevelse av smärta vid andra aktiviteter.....	82
8.1.3	Valet att utföra ett samlag.....	83
8.1.4	Samlagssmärtans påverkan på de drabbade kvinnorna och förhållandet	84
8.2	Vård och hjälp som erbjuds de drabbade kvinnorna som lider av smärta vid samlag	85
8.2.1	Valet att inte söka hjälp för sin smärta	86
8.2.2	Vården och hjälpen som erbjudits de drabbade kvinnorna.....	86
8.2.3	Orsaken till att ingen vård erbjudits till de drabbade kvinnorna	87
8.3	Bemötandet i vården av drabbade kvinnor som lider av smärta vid samlag.....	88
8.3.1	Kvinnornas egna upplevelser av att ta kontakt med vården på grund av smärtan.....	88
8.3.2	Kvinnornas egna upplevelser av vårdpersonalens bemötande när de tog kontakt	90
8.3.3	Kvinnornas egna önskningar om hur vårdpersonalen skall vara vid problem i sex och samlivet	91

9 Kritisk granskning	94
9.1 Perspektivmedvetenhet	94
9.2 Intern logik.....	95
9.3 Etiskt värde.....	96
9.4 Teoritillskott.....	96
9.5 Empirisk förankring	97
10 Diskussion	98
Litteratur	102
Bilagor	

1 Inledning

”Så här njuter du mest av samlaget”, ”Så här får du din partner att njuta” och ”Sex är skönt” är olika budskap som media sänder ut åt unga kvinnor. Nuförtiden speglas sex och samlag överallt i vår omgivning exempelvis i skolan, på TV och i tidningar för att nämna några. Dagens unga kvinnor blir överrösta av hur skönt sex och samlag skall vara, hur sex och samlag skall vara och hur de skall göra för att uppnå absolut klimax. Dock beskriver Johansson (2007, 101) ungdomars upplevelser av vad en romantisk kärlek är, det är att den är en mycket svår sammansättning som förekommer i en stor utsträckning i deras liv. Romantisk kärlek betyder att kärlek och sexualitet är någonting som hör ihop och att samlag utan kärlek är någonting problematiskt. Sex och samlag kan däremot preciseras som någonting spontant känslolöst medan kärleken är någonting fint och förnämt.

Tonåringar beskriver sexualiteten i en studie som något *fint, härligt och skönt* och som en metod att visa kärlek och närhet till den man tyckte om (Magnusson & Häggström-Nordin, 2009, 97). Dock lever många unga kvinnor med motsatta tankar om vad sexualitet och samlag är. De lever med en hemlighet som kanske inte någon i deras umgänge vet om. Tankarna om vad samlag är för dem är att det är en smärtande, svidande och brännande upplevelse som ger dem mer obehag än njutning. I Finland gjordes en studie om finländarnas sexualitet och där framkom det att nio procent av kvinnorna i åldrarna 18-24 år ganska ofta upplevde smärta under samlaget (Apter, Väisälä & Kaimola, 2006, 257).

Den här studien är ett beställningsarbete av primärvården på Åland och kommer att handla om smärta vid samlag som det fenomen det är. Syftet med studien är att i en empirisk studie ta reda på hurudan vård unga kvinnor som lider av smärta vid samlag erbjuds samt på vilket sätt de drabbade har blivit bemötta av vårdpersonalen. Med hjälp av den här studien önskar respondenten att kunskapen och förståelsen för ämnet skall öka bland berörd vårdpersonal, men även hos de drabbade kvinnorna. Själva ämnet intresserade respondenten eftersom det är ett välkänt fenomen hos många unga kvinnor, ett fenomen som finns men som det inte talas högt om. Respondenten vet själv hur det är att vara i denna situation och hur svårt det är att hitta någon som förstår sig på problemet, därav rubriken till detta arbete, *det tar ont när jag har sex, men ingen förstår mig*. Det som även ökade intresset för detta ämne var att respondenten såg Uppdrag

gransknings dokumentärfilm på Sveriges television som visade hur svårt unga kvinnor i Sverige har det när de söker hjälp. Därför ville respondenten även undersöka om detta gällde i Finland. Denna okunskap och detta sökande skapar i sin tur ett ännu större lidande för de redan drabbade kvinnorna. Dessa kvinnor som kanske har lidit i sin hemlighet under många år innan de uppsökt vård och hjälp för sin smärta får uppleva ännu mera smärta och lidande eftersom de inte får den vård som de behöver.

2 Syfte och problemprecisering

Syftet med studien är att i en empirisk studie ta reda på hurudan vård unga kvinnor som lider av smärta vid samlag erbjuds samt på vilket sätt de drabbade har blivit bemötta av vårdpersonalen. Med hjälp av den här studien önskar respondenten att kunskapen och förståelsen för ämnet skall öka bland berörd vårdpersonal men även hos de drabbade kvinnorna.

Forskningsfrågorna i denna studie är följande:

1. Hur påverkas kvinnorna av smärtan?
2. På vilket sätt erbjuds unga kvinnor som lider av smärta vid samlag vård och hjälp?
3. På vilket sätt bemöts unga kvinnor som lider av smärta vid samlag i vården?

3 Teoretiska utgångspunkter

Det är mycket vanligt att vårdare möter patienter som lider av någon orsak. Detta möte är både tungt för patienten som lider men även för vårdaren som på bästa sätt vill lindra lidandet. Ett lidande uttrycks individuellt och därför behöver de lidande människorna olika hjälp. För att möta lidandet bör vårdaren behärska den *caritativa vården*, vilken är ett alternativ till vård av hela människan. I det här kapitlet kommer studiens teoretiska utgångspunkter presenteras. Dessa är *lidande* och *god vård*. *Lidandet* kommer att beskrivas enligt Erikssons och Lanaras tankar medan *god vård* beskrivs utgående från Erikssons, Sarvimäki och Stenbock-Hults och Duffys tankar.

3.1 Lidande enligt Eriksson

Eriksson (1994, 11-13) beskriver lidandet som någonting som hör samman med att leva, vilket gör att människan är tillägnat lidandet. Själva lidandet har ingen betydelse utan det är människan som lider under lidandet som kan ge lidandet en mening. Lidandet kan förklaras som en pågående kamp som utspelar sig mellan lidandet och lusten som kan beskrivas som en kamp mellan det onda och det goda. Det är även detta som människans liv grundar sig på, att både uppleva lust men även lidande. Ifall människan inte skulle ha en förmåga att uppleva detta skulle livet sakna någonting och inte innehålla någon rörelse. Människan kan inte förklara vad lidandet egentligen är, utan lidandet i sig kommer alltid att vara obesvarat. Detta kan exempelvis förklaras genom att lidande alltid upplevs olika hos alla människor vilket gör att lidandet är en unik upplevelse.

En lidande människa är en människa som exempelvis våndas, kämpar eller försonas. Lidandet kan indelas i olika delar eftersom lidandet utspelar sig i olika förlopp hos en människa. Lidande kan vara någonting ont, något som människan måste leva med, en slags kamp eller en försoning där lidandet har fått en mening. (Eriksson, 1994, 21). I människans liv utspelar sig olika scenarier där människan försöker förklara varför det sker och varför det sker denna människa. Dessutom anser människan att det som inte kan ges en förklaring anses vara förorsakat av ödet, yttre makt eller någonting ont. För lidandet hos en människa gäller även detta. Ibland kan ett svar dock fås men oftast framträder inte något svar. I takt med att den lidande människan slutar att fundera på varför hon måste lida ökar chanserna att hon kommer att överleva sitt lidande. Kampen som utspelar sig mot lidandet kan ha olika betydelser hos människan så som att det är ett försök att lindra lidandet, försök att avsluta lidandet eller enbart för att kunna ge lidandet en betydelsefull mening. (Eriksson, 1994, 36-37).

3.1.1 Sjukdomslidande

Eriksson (1994, 83) skriver att smärtan som patienten upplever i samband med sjukdom inte behöver vara identisk med ett sjukdomslidande. Dock kan denna smärta leda till ett sjukdomslidande om vården inte lindrar den uppkomna smärtan. Detta eftersom den kroppsliga smärtan får all uppmärksamhet och inte det egentliga lidandet. Pågår detta länge kan människan enligt Eriksson drabbas av en andlig och en själslig död. Orsaken

till ett andligt och själsligt lidande är enligt Eriksson (1994, 84-85) en upplevelse av skam, skuld och förnedring som uppstått i samband med sjukdom och behandling. Lidandet kan vara orsakat av en dömande attityd från vårdpersonal. En skamkänsla eller känsla av förnedring kan patienten uppleva i samband med att man inte själv klarar av att nå upp till sin egen idealbild. Det kan även upplevas hos patienten om denne gestaltas av vården som något sämre eller mindre än hur hon själv ser på sig.

3.1.2 Vårdlidande

Inom vården finns det olika former av vårdlidande. Dessa former är: *kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning* och *utebliven vård*. Med *kränkning* menar Eriksson (1994, 87) att patientens unika värde kränks. Detta kan exempelvis upplevas när patientens värdighet att leva fullt ut som människa tas ifrån henne och därmed även hennes resurser för att klara av att bemästra lidandet. Exempelvis kan detta ske om patienten inte ses, inte får någon uppmärksamhet eller helt enkelt ignoreras. Den andra formen *fördömelse och straff* beskriver Eriksson (1994, 91-92) som någonting som hör samman med den unika människans värdighet. Fördömseln förklaras som någonting som vårdaren gör när denne avgör vad som är bäst för patienten. I dessa situationer är det vanligt förekommande att patientens egna åsikter glöms bort och helt enkelt inte får närvara i besluten. *Straff* beskriver Eriksson (1994) som en handling där vårdaren inte använder sig av en caritativ vård eller helt och hållet nonchalerar patienten. *Maktutövningen* är en handling som vårdaren utsätter patienten för till exempel genom att ta patientens frihet ifrån denne. Makt kan upplevas då vårdaren inte tar patienten på allvar eller inte tror på det patienten berättar. Den sista formen av vårdlidande är enligt Eriksson (1994, 92) att patienten inte erbjuds vård. Detta kan orsakas av att vårdaren inte har kunskap eller en förmåga att kunna se vad patienten behöver. När patienten inte erbjuds någon vård kränks hela människan inklusive dennes värdighet och kan då uppleva sig själv som maktlös.

3.1.3 Livslidande

Eriksson (1994, 93) menar att hela människans liv berörs när en människa drabbas av ohälsa och sjukdom och i sin tur blir patient. Livslidandet kan exempelvis vara att patienten förlorar en funktion att kunna utföra normala handlingar eller att det är fråga om ett hot som kommer utifrån. Livslidande är förknippat med hela människans liv så som att vara en unik människa bland andra unika människor.

3.2 Lidande enligt Lanara

Mysteriet om lidandet har under lång tid förundrats människan. Tankar om meningen med livet skapas när människan upplever smärta eller lidande. För en vårdare som möter lidande människor är det viktigt att hon själv inte dras med i patientens lidande. Detta eftersom i samband med en annans lidande lider även de människor som befinner sig i dennes närvaro. (Lanara, 1981, 123).

Lanara (1981, 134) anser att lidande skapar många frågor hos människan. Frågor som rör meningen med lidandet. Lanara menar att lidande är någonting som är utanför människans förståelse. Det är ett problem som kan lösas men ett problem att betrakta. Ett lidande kan även förorsaka ett stort lidande hos närstående eller de som vårdar den lidande människan. Det som är det unika med lidandet enligt Lanara (1981, 140-144) är att lidandet är någonting unikt som människor upplever olika. Det är viktigt att ta i beaktande inom vården för människan kan exempelvis klara av sitt lidande med hjälp av att andra accepterar hennes lidande. Dessutom bör en relation mellan den lidande människan och vårdaren skapas för att vårdaren skall kunna stödja och uppmuntra patienten. För att relationen skall ge någonting åt patienten måste vårdaren kunna arbeta med hjälp av sitt hjärta och inte enbart med hjälp av teorier. Dessutom måste vårdaren lära känna patienten och på det sättet förstå patientens egentliga behov. Patienten kanske inte uttrycker sina känslor direkt utan först när denne känner av att någon finns där, accepterar henne utan att döma.

3.3 God vård enligt Eriksson

Erikssons (1993, 21) tankar om den caritativa vården är att den bygger på en förmedling av tro, hopp och kärlek. Detta skall i sin tur ske med hjälp av att ansa, leka och lära. Med det menas att en vårdare skall inneha kunskapen att kunna hjälpa den unika människan med det denne behöver. I takt med att vårdaren bemästrar att använda sig av den caritativa vården klarar hon av att utforma en god vård som är god för den andre människan. Dock anser Eriksson (1993, 25) att en god vård inte är samma sak som att lindra smärta och lidande. En god vård är i stället någonting som skapar möjligheter för den unika människan i den aktuella situationen. Eriksson (1993, 26-27) anser att en god vård är god dels för patienten men även för vårdaren. Detta eftersom denne har bemästrat att delta i den naturliga gemenskapen som innehåller hälsa, livsmening och kärlek.

Eriksson (1991, 38-39) förklarar den caritativa vården som en tanke som innehåller barmhärtighet eller kärlek, vilket enligt Eriksson (1991) är den ursprungliga kärnan i all vård. Det är även tanken om kärleken som bygger upp relationer mellan olika människor. Enligt Eriksson (1991) innehar alla människor denna kärlekstanke. Denna tanke måste även vårdas, accepteras, hanteras samt utvecklas hos alla människor.

Tro, hopp och kärlek är några av beståndsdelarna som behövs för att uppnå en caritativ vård. Det är även dessa som människan innehar och skapar en ineliggande styrka. Dessa i sin tur förändras i takt med att människan mognas och förändras, dock är de alla tre beroende av varandra. Hoppet beskriver Eriksson (1991) som ett ”förväntansfullt begär” som kan utspelas genom att smeka och vårda. Tron däremot skapas mellan hoppet och hoppets handlingar för att människan skall visa sin lojalitet åt den andre människan. Tron är även den egenskap hos människan som behövs för att denne skall kunna tro på sig själv och tro på andra. För att tron skall kunna utnyttjas fullt ut krävs det att man innehar mod, risktagande samt en acceptans emot motgångar och smärta. I takt med att människan tror på sig själv klarar denne även av att uppleva kärlek, dels till sig själv men även till andra människor. (Eriksson, 1993, 69-70).

3.3.1 Människans begär

Det naturliga begäret som människan innehar är att kunna hjälpa och tjäna men även ett begär av att bli sedd genom kärlek av andra samt att uppleva kärlek till sig själv. Att ha ett begär är att kunna gå emot det som önskas, det man vill ha. Detta kräver dock att det finns ett mod hos människan för att klara av att överstiga sina egna gränser. Dessutom krävs det att man vågar ta en risk, eftersom det ligger en risk i att de andra runt om en inte besvarar sitt egna begär. Ett begär kan beskrivas som en rörelse som utspelar sig utgående från det man önskar sig till det man innehar ett intresse om. För att kärlekens begär skall kunna infinna sig hos människan krävs det att hon får göra det goda och det fria samt att hon har möjlighet att leva i en gemenskap som ser den unika människan hon är och ger den kärlek och godhet hon behöver. (Eriksson, 1993, 75-77).

3.3.2 Människans värdighet

Eriksson (red.) (1995, 25) menar att det främsta syftet med att vårda en annan människa med hjälp av en caritativ vård är att kunna se människans hela värde som den unika människan hon är, hennes självbestämmanderätt samt hennes värdighet. För att detta skall kunna uppnås behöver vårdaren själv kunna förstå syftet med vården, det egna ansvaret samt att förmågan att kunna visa medlidande bör finnas hos den som vårdar. Det är viktigt att vårdaren har kunskapen så att hon klarar av att bjuda in den sjuke till den vårdrelation som kommer att skapas.

Erikssons (red.) (1995) tankar om människans värdighet går ut på att alla skall kunna ses som den unika människan den är utan att se ner på denna människa och därmed kränka denna. I takt med att man ser den unika människan skapas en vårdrelation som går ut på att se den hela unika människan. Detta uppnås genom att höra människans önskan, bjuda in henne till relationen, ta emot hennes berättelse samt att finnas där i närvaron runt om henne. Erikssons (red.) (1995) tankar om relationen är att den i grund och botten är skapad av kärlek till den andra människan, en delad upplevelse som går ut på att dela den uppstådda situationen samt att kunna bemöta och ge människan det som behövs ges. För att människan skall kunna inbjudas till den skapade vårdrelationen krävs det att människan ses som hedersgästen i relationen. Det krävs av den andre att denne vill bjuda in den andre till relationen och på så sätt skapa en caritativ vård. (Eriksson (red), 1995, 27).

3.4 God vård enligt Sarvimäki och Stenbock-Hult

Sarvimäki och Stenbock-Hult (1991, 9, 13) beskriver vård som ett sätt att fostra genom omsorg och omvårdnad. Vård, eller *care*, kan beskrivas som en grund byggd på värdemässiga och känslomässiga handlingar och vårdaren i sin tur bryr sig om den hon vårdar och enbart vill henne gott. Att vårda är att utnyttja sina egna livsfunktioner och ta i beaktande sina egna behov. Det är ett sätt att upprätthålla hälsan, välbefinnandet samt förebygga hälsohinder så som sjukdom och illabefinnande. Att vårda lindrar även lidandet hos den som blir vårdad samt värnar om en värdig och fridfull död. Sarvimäki m.fl., (1991, 23) anser att vårdaren bör ha en humanistisk människosyn, vilket betyder att vårdaren ser människan som en hel enhet som är en ansvarig och fri individ.

Det förhållande som uppstår mellan en vårdare och en patient, det så kallade vårdförhållande, bör hållas som en subjektiv-subjekt relation. Detta betyder att patienten inte ses som ett objekt, en sak som inte har en egen vilja eller några resurser. I detta förhållande kan vårdaren sedan välja hurudant förhållandet blir: blir det ett jag – du - förhållande, jag – det - förhållande eller ett vi - förhållande. För att relationen mellan vårdare och patient skall bli så bra som möjligt, krävs det av vårdaren att hon bemästrar att använda sig av alla tre formerna. Med ett jag – du - förhållande menas att vårdaren på ett äkta sätt beaktar hela patienten och visar att hon bryr sig om patienten. Dessutom uttrycker sig vårdaren på ett sätt som förmedlar omtanke och omsorg. Vårdaren försöker på bästa möjliga sätt förstå patienten, detta kan ske genom empati, inlevelse och intuition. Vårdaren låter patienten själv uttrycka de egna tankarna och känslorna som patienten har för stunden. Jag – det förhållande står för en relation där vårdaren använder sig av teori och begrepp för att bemöta patienten. Detta för att vårdaren skall förstå patienten på ett vetenskapligt sätt. Den sista typen av vårdförhållande är vi – förhållandet vilket står för att patienten och vårdaren enas och blir en helhet tillsammans. Tillsammans ger de varandra olika saker, vårdaren lär sig utgående från mötet med patienten och patienten själv blir vårdad av vårdaren. (Sarvimäki m.fl., 1991, 99-100).

Vårdaren bör bemästra att visa tillit, ansvar, äkthet, öppenhet, mod, medlidande, sympati och empati inför patienten. Genom tilliten till patienten accepterar och respekterar vårdaren patienten och ansvaret medför att patienten till en viss mån ges eget ansvar för situationen, dock med vårdaren som stöd. En äkta, öppen och modig

vårdare innebär att vårdaren är sig själv och känner med patienten i situationen samt att vårdaren inger hopp och möter de problem som patienten ställts inför. Med mod menas att vårdaren sätter sig in i situationen och använder sig av hela kroppen som medför att ett förtroende byggs upp mellan de båda. Genom medlidandet visar vårdaren att hon tycker synd om patienten genom att medvetet eller omedvetet använda sig av sina egna känslor. Om vårdaren känner för stort medlidande för patienten kan det dock leda till att patienten känner sig sämre medan vårdaren känner sig bättre. Med sympati menas att vårdaren identifierar sig med patienten, hon känner sig ledsen om patienten är ledsen. Detta eftersom vårdaren reagerar på alla yttre intryck hon får av patienten. Empati och en empatisk vårdare är någon som visar en förståelse inför den andra och identifierar sig med patienten. Dock innehar vårdaren en egenskap som gör att hon kan sätta gränser mellan patientens och hennes egna känslor. (Sarvimäki m.fl., 1991, 102-107).

3.5 God vård enligt Duffy

Duffy (2009, 34) beskriver den vårdande relationen som viktig för välbefinnandet och tillväxten. För att denna relation skall kunna byggas upp krävs det ett samspel mellan de båda parterna. Den byggs upp av en tilltro till andra människor och verkar beroende på hurudan situation det är frågan om. Av vårdaren krävs det kunskap, självkänedom och erfarenheter. Duffy (2009, 65) beskriver vård som en avsiktlig process som kräver de ovannämnda egenskaperna. För att utveckla en förståelse för *care* krävs det att vårdaren genom sina egna erfarenheter och upplevelser utvecklar en förståelse för det mänskliga vårdandet. God vård innebär att vårdaren hjälper patienten och hennes omgivning att förstå och tackla problemet som uppstått. Vårdaren behöver vara väl insatt i ämnet och i relationen för att kunna diskutera med patienten.

4 Teoretisk bakgrund

I det här kapitlet kommer respondenten att behandla den bakgrundsfakta som behövs för att förstå ämnet, *smärta vid samlag*. För att vårdaren skall kunna förstå den drabbade kvinnans problematik är det viktigt att vårdaren innehar den rätta kunskapen vad gäller *smärta, anatomi, smärta vid samlag* samt *innehörden av ett fungerande sexualliv*.

4.1 Smärta

Någonting som alla får uppleva under sitt liv är smärta. Det kan exempelvis vara fråga om huvudvärk, tandvärk, smärta i ett sår eller vanlig muskelvärk. Smärtan är ett sinnesintryck som människan upplever och som alla andra sinnesintryck så upplevs dessa subjektivt, på olika sätt för alla människor. Eftersom smärtan upplevs olika hos alla kan en diskussion inte föras om smärtans intensitet och karaktär. Smärta är ett svårt område som dels är en komplicerad men även ett mångfasetterat sinnesintryck. Smärtan innehåller olika delar så som emotionella, sensoriska och evaluerande delar. För att beskriva en smärta kan människan använda sig av många olika ord exempelvis brännande, svidande, huggande och fruktansvärda med flera. (Werner & Strand (red), 2005, 13-14).

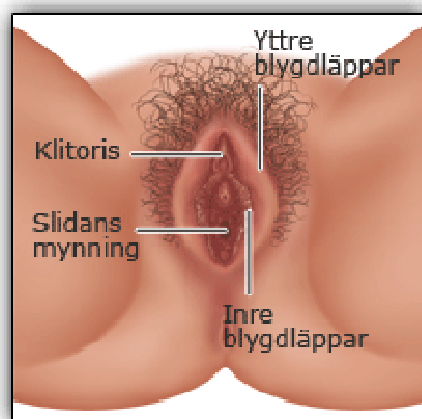
Smärta kan delas in i hurudan smärta det är fråga om. De tre olika grupperna som används är övergående smärta, akut smärta och långvarig smärta. Med övergående smärta menas en smärta som pågår under en kort tid. Det kan exempelvis vara smärta upplevd under en injektion och olika undersökningar. En akut smärta definieras som en smärta som är orsakad av en vävnadsskada av större art. Detta kan upplevas till exempel efter en bilolycka, vid endel invärtessjukdomar samt vid operativa ingrepp. En långvarig smärta är däremot en smärta som pågår längre än sex månader efter att den troliga läkningen av skadan borde ha skett. En långvarig smärta kan beskrivas som att smärtsystemet hos en människa blir överreagerat vilket i sin tur leder till att man blir mer känslig för smärta än vad man tidigare har varit. (Werner, m.fl., (red.), 2005, 16).

Fenomenet smärta är väl sammansatt och som påverkas av olika yttre faktorer som dels kan förvärra situationen eller förbättra situationen. Det som är speciellt med fenomenet smärta är att alla reagerar olika på smärtan fastän impulsen är identisk hos andra människor. Smärta är någonting som vården inte kan mäta med hjälp av olika

instrument. Det är endast den som upplever smärta som vet hur smärtan känns. Genom att den drabbade människan beskriver sin smärta kan andra skapa en förståelse för smärtan. Dock är det vanligt att smärtan som upplevs inte kan beskrivas helt och hållet och på det sättet blir den drabbade ensam om sin smärta. Ensamheten och otryggheten förstärks om den som skall hjälpa inte förstår smärtan. I samband med att den drabbade upplever att ingen tror på ens smärta kan den känslan bli svårare att bära på än upplevelsen om smärta. (Almås (red.), 2004, 65).

4.2 Kvinnans anatomi

Det kvinnliga könsorganet består av de inre och yttre könsorganen. Till de inre könsorganen hör äggstockarna, äggledarna, livmodern och slidan. Till de yttre könsorganen hör däremot de stora och små blygdläpparna, klitoris och förgården. (Se figur 1). Slidan som även kan kallas för *vagina* är cirka 8-10 centimeter lång och skapar en förbindelse till livmodern från de yttre könsorganen. Där bildar den en frontalställd spalt där den översta delen som mynnar mot livmodern är rymligare än den nedre delen som mynnar mot de yttre könsorganen. Detta på grund av att det finns en tätare muskulatur i den nedre delen av slidan. Inuti själva slidan, på slidväggen, finns det slemhinnor som är uppbyggda genom ett flerskiktat epitellager. Slidväggen är normalt veckad men under en förlossning är den uttöjd. Under slemhinnan finns det glatt muskulatur som i sin tur består av längsgående muskeltrådar. Det yttersta skiktet i slidan innehåller ett bindvävsskikt där det finns mycket olika blodkärl och nerver. (Sonesson & Sonesson, 2008, 362-363).



Figur 1. Kvinnans yttre könsorgan. (Västra Götalandsregionen, (U.Å.)).

Själva slidöppningen, som hos unga flickor består av ett tunt slemhinneveck kallas för *mödomshinnan* som vid samlag eller penetration brister och skapar en öppning till slidan. Det området som är beläget innanför de stora blygdläpparna kallas för *vestibulum* och består av bindväv som i sin tur är beklädda med ett mycket tunt pigmentliknande skikt. Det som avgränsar *vestibulum* och de stora blygdläpparna är de små blygdläpparna vilka även skyddar *klitoris*. Klitoris är en svällkroppsvävnad som har som uppgift att framkalla orgasmer hos kvinnan. Detta eftersom den vid stimuli av sexuell art förstoras och blir extra känslig för beröring. (Sonesson, m.fl., 2008, 363-364).

De yttre könsorganen innehåller många olika nerver som kommer från ryggmärgens nedersta del. Dessa nerver är så kallade känselnervtrådar som har som uppgift att innervera de yttre könsorganen. Dessutom finns det sådana nerver som stimulerar och aktiverar muskulaturen i bäckenbotten. Det finns även en så kallad blygdnerf som under en vaginal förlossning bedövas. (Sonesson m.fl., 2008, 364).

4.3 Sexuallivets inverkan i vårt dagliga liv

Sexualiteten har en central roll hos människan och omfattar kön, könsidentitet, könsroller, sexuell läggning, erotik, njutning, intimitet och fortplantning. Sexualiteten upplevs och uttrycks genom tankar, fantasier, önskningar, övertygelser, attityder, värderingar, roller, förhållanden och beteenden. Sexualiteten kan inkludera alla dessa olika dimensioner, dock är det vanligt att flera olika inte används. Sexualiteten är någonting som påverkas av många olika aspekter så som biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, etiska, religiösa och själsliga orsaker. Sexuell hälsa är ett tillstånd som kännetecknas av ett fysiskt, känslomässigt, psykiskt och ett socialt välbefinnande i relation till sexualiteten. Den sexuella hälsan kräver en positiv och respektfull inställning till sexualiteten och till sexuella relationer samt möjligheten att ha säkra och njutbara sexuella upplevelser. Detta i sin tur kräver att det inte finns någon diskriminering, tvång eller våld. (World Health Organization, 2006, 5).

French (2010, 27-30) beskriver den sexuella hälsan som någonting som är tabubelagt och som tystas ner och görs osynlig samt någonting som man inte pratar om. Dessutom är det framtaget att patienter oftast inte berättar om de har problem inom det sexuella planet utan istället beskriver patienterna andra problem åt vårdpersonalen för att situationen inte skall bli spänd. Dock är det viktigt att vårdaren tar i beaktande patientens sexuella hälsa eftersom problem inom det planet kan vara orsakad av bakterier speciellt hos unga människor. Det som den sexuella hälsan medför är att det är en nödvändighet för att fysisk och mental hälsa skall kunna uppnås, ett sätt att uppleva frihet och njutning i att uttrycka sin sexualitet utan att det är sammanfogat med rädsla att utnyttjas, förtryckas samt skadas fysiskt och mentalt.

4.4 Samlag

Många människor kännetecknar heterosexualitet med samlaget, då mannens penis tränger in i kvinnans vagina, som i sin tur syftar på fortplantning mellan de båda människorna. I de flesta kulturer, samhällen och världsreligioner är detta samlag, penis-vaginalt samlag, någonting som ses som det enda tänkbara könsbeteendet som accepteras. Än idag är det många människor som har dessa uppfattningar och attityder kring samlaget. Detta fastän samlaget mer och mer har accepterats för det välbehag och nöje som följer. Samlaget är även i allmänhet den allra vanligaste formen att använda sig av vid könsumgänge. I en rapport har det framkommit att 80 – 90 procent av de människor i Finland som lever i ett parförhållande har samlag med varandra. (Virtanen, 2002, 77).

Även västerländsk medicin har blivit allt mera intresserad av människans fortplantningsförmåga så som samlivet men även olika sjukdomar. Genom att forskning och klinisk verksamhet har varit koncentrerade till dessa områden har kunskapen ökat angående mekanismen bakom samlaget och fortplantningsförmågan under de senaste femton åren. Samtidigt som detta har skett har samspelet mellan samlag och ömhet, njutning och glädje fått mindre uppmärksamhet. Dock har alla människor olika uppfattningar om vad som ingår i ett samlag. För en del människor är samlaget en relation mellan ömsesidig kärlek och tillgivenhet medan för andra människor är samlaget ett sätt att tillfredsställa sig själv på det sexuella planet. (Virtanen, 2002, 77-78).

I en rapport har det framkommit att 97 procent av finländarna mellan 18-74 åringar har haft samlag någon gång under sitt liv. Av dessa är det 50 procent som har ett regelbundet sexualliv och 20 procent har ett sexualliv som är mera sporadiskt. Det framkom även att 30 procent av de finländare som haft samlag under den senaste tiden hade haft samlag två till tre gånger i veckan och 20 procent av de som deltog hade haft samlag en gång i veckan. Av deltagarna hade 13 procent överhuvudtaget inte haft samlag under den senaste månaden medan enbart tre procent hade haft samlag fem till sex gånger i veckan. I Finland är medelåldern på samlagsdebuten 17-18 år. Av pojkarna i den åldern är det 56 procent som har haft samlag någon gång och 49 procent av flickorna. Vissa ungdomar debuterar ännu tidigare, åtta procent av trettonåriga pojkar har haft sexuellt umgänge och tre procent av flickorna i samma ålder har haft sexuellt umgänge. (Virtanen, 2002, 78).

4.5 Smärta vid samlag

En mycket vanlig orsak till att kvinnor söker sig till en gynekologisk mottagning är för att de lider av smärtsamma samlag (Ryttyläinen & Valkama, 2010, 172). Redan för över hundra år sedan så beskrevs Vulvodynia som ett syndrom. Ändå dröjde det till år 1984 som syndromet fick sitt namn. Då rekommenderade *International Society for the Study of Vulvar Diseases* att syndromet skulle kallas för Vulvodynia. (Apter m.fl., (toim.), 2006, 259).

En undersökning gjordes i Finland, den så kallade FINSEX – undersökningen och där framkom det att sju procent av kvinnorna i ett parförhållande ganska ofta upplever smärtsamma samlag. Av de kvinnor som var mellan 18-24 år gamla var det nio procent som upplevde smärtsamma samlag ganska ofta, 19 procent hos 55-64 - åringar och 27 procent hos 65-73 - åriga kvinnor. (Ryttyläinen m.fl., 2010, 172-173). Smärtan kan börja efter att kvinnan har haft ett helt normalt och smärtfritt sexliv som i början enbart kan ses som en tillfällig svårighet där slemhinnan kan vara uttorkad eller irriterad. Med tiden så avtar den sexuella lusten successivt och en ond cirkel skapas i kvinnans liv. Den onda cirkeln består av obehag inför samlag eftersom de smärtar när penis förs in i slidan. Efter ett tag ger blotta tanken på samlag ett mycket stort obehag; det sitter kvar i minnet hur ont det gjorde vid det senaste samlaget. Detta är dels påfrestande hos den

drabbade kvinnan men även hos hennes partner som drabbas, vilket i sin tur kan tära på förhållandet. (Hulter, 2004, 186).

4.5.1 Smärtans karaktär

Virtanen (2002, 257) anser att det är mycket viktigt att den person som behandlar den lidande kvinnan frågar väsentliga frågor som berör smärtan för att på det sättet kunna skapa sig en bättre inblick och en djupare förståelse för problemet. Det som är viktigt att ta reda på är var smärtan upplevs. Kvinnan kan exempelvis med hjälp av ett finger visa i vulvans område var det tar ont om det är vid ett visst område, om smärtan är mera utspridd så kan hon visa det på annat sätt. Samtidigt kan man fråga om smärtan upplevs på vulvans yttre område eller i närheten av vulva, på slidans vägg eller om det är ännu djupare i slidan. En annan sak som man vill ha reda på är hur smärtan känns. Är den brännande, skärande, skarp, dov eller pulserande. Dessutom är det viktigt att fråga kvinnan i vilka situationer som smärtan uppstår i. Om det enbart är vid samlag i så fall vid hurdant samlag, om smärtan uppstår vid andra penetrationer än med en penis, om den uppstår vid oral stimulering eller med ett finger. Samt om smärtan även upplevs av olika klädesplagg eller i andra situationer. Samtidigt skall man ta reda på hur länge smärtan pågår, om det bara är fråga om en kort stund eller timmar eller under en ännu längre tid. Ryttyläinen m.fl., (2010, 173) anser även att frågor som kvinnan bör besvara är: *Känner du smärta i början av samlaget, innan samlaget, samtidigt som orgasm eller efter samlaget?, Är alla samlag smärtsamma och har du tidigare haft smärtfria samlag?.* Förutom dessa frågor är det viktigt att ta reda på kvinnans syn på den egna upphetsningen och orgasmen om dessa är bekanta.

För att värdera smärtans intensitet kan man använda sig av olika mättningsverktyg som kan vara uppbyggda av en skala som består av siffror mellan noll till tio. Där noll står för ingen smärta överhuvudtaget och tio står för en otroligt stark smärta. Intensiteten kan beskrivas utgående från hur kvinnan själv beskriver smärtan med ord, exempelvis om hon säger att smärtan inte känns så hemskt mycket eller om hon säger att hon inte står ut med den smärta som uppstår. Ett annat sätt för att få information om kvinnans smärta är att låta henne föra en smärtdagbok över smärtan. Till exempel kan hon i dagboken beskriva smärtan med ord på ett bättre sätt samt föra anteckningar om när smärtan uppstår, om det är några speciella situationer. Om smärtan exempelvis uppstod

vid ett samlag är det av stor vikt att veta om samlaget gick fysiskt att genomföras till slut samt om kvinnan själv upplevde sig upphetsad och kåt inför samlaget. (Virtanen, 2002, 258).

4.5.2 Diagnostisering av smärtan

För att en kvinna skall kunna få diagnosen Vulvodynia finns det olika kriterier som måste uppfyllas. Dessa är: stark smärta i eller runt om slidans öppning vilken uppstår på grund av att någonting införs i slidan så som penis, tampong, finger eller spekula. Dessutom måste smärtan uppstå vid beröring eller att de finns ett rodnande område vid slidans öppning. (Apter, m.fl., (toi), 2006, 259).

En annan sak att uppmärksamma är om kvinnan tillsammans med sexpartnern eller sexpartnerna använt sig av andra former förutom samlag, och är dessa i så fall tillfredsställande. I samband med att sexualanamnesen görs bör även en gynekologisk undersökning utföras hos kvinnor som upplever smärta vid samlag. Detta eftersom genom den kan eventuella inflammationer, endometriosis eller tumörer upptäckas som kan vara en bakomliggande orsak till smärtan. Ifall ingenting av ovannämnda åkommor upptäcks och om patienten inte lider av estrogenbrist bör vulvodynia misstänkas eller närmare bestämt vulva vestibulit som nuförtiden benämns vestibulodynia misstänkas. (Ryttyläinen, m.fl., 2010, 173). Enligt Hulter (2004, 186) kan en vanlig svampinfektion förorsaka att kvinnan upplever smärta vid samlag. Det gäller även virusinfektioner så som herpes, klamydia och kondylom.

Det har även påvisats enligt Hulter (2004, 188) att en förhöjd tonus i muskulaturen i bäckenet finns hos drabbade kvinnor samt att trycket i uretra är förhöjt. Dessutom har forskning kunnat påvisa att olika psykologiska faktorer skulle kunna ligga bakom vulvodynia. Exempelvis är kvinnor som blivit utsatta för misshandel och övergrepp överrepresenterade vid samlagssmärta.

4.5.3 Diagnostiska undersökningar

Vid smärta vid samlag krävs det alltid att en läkare utför en utförlig kroppslig undersökning av kvinnan som även skall inkludera en gynekologisk undersökning. Ibland kan den gynekologiska undersökningen vara svår att utföra på grund av att kvinnan upplever allt för mycket smärta. Det som dock är viktigt vid den gynekologiska undersökningen är att läkaren undersöker så bra som möjligt vulvans hela område så som klitoris, urinöppning, slidans slemhinna samt området mellan anus och slidöppningen. Det som även är viktigt är att läkaren samarbetar med exempelvis en sexualrådgivare, sexualterapeut eller med en psykoterapeut. För ifall det framkommer att smärtan förorsakas av dåliga samlagsställningar eller teknik, olämplig partner, för liten upphetsning innan samlaget eller andra personliga orsaker krävs inte några andra medicinska undersökningar. (Virtanen, 2002, 266).

I samband med den kroppsliga undersökningen är det viktigt att läkaren tar i beaktande hela sjukdomshistorien för att på så sätt ta i beaktande om en eventuell infektion kan ligga bakom. I de fallen kan till exempel ett laboratorieprov eller ett PAPA - prov utesluta det. Läkaren kan även välja att ta en provbit från slidans epitellager för att på så sätt undersöka om det finns några kroniska förändringar eller atrofi som kan ligga bakom smärtan. Hos äldre kvinnor som befinner sig strax före, under eller efter klimakteriet kan det även vara lönt att undersöka halten könshormoner i kroppen. (Virtanen, 2002, 267).

4.5.4 Vård vid smärta vid samlag

Behandlingen vid smärta vid samlag skall vara väldigt omfattande och skall alltid utgå från orsaken. Den behandling som ges skall även inkludera det fysiska men även det psykiska planet hos den drabbade kvinnan. Det är viktigt att man behandlar först eventuella jästinfektioner i underlivet innan man påbörjar annan typ av behandling. Tidigare har det framkommit av sexualterapeuter att med hjälp av fem års uppföljning har resultaten av behandlingar visat sig vara mycket positiva. Det som dessa sexualterapeuter gjorde var att berätta för kvinnan om könsorganen, penetrationen, upphetsningen och hur kvinnan reagerar vid sexuell stimuli. Därefter skulle kvinnorna med hjälp av något hjälpmedel utforska sitt eget könsorgan för att kunna stimulera sig själv. När kvinnan hade övat ett tag kunde hon ta med sin partner för att då göra det

tillsammans, utan att ett samlag utfördes. Efter en tid tog kvinnan med hjälpmedlet i förspelet, utan att de hade ett fullständigt samlag. Det fullständiga samlaget utfördes efter en lång tid efter att kvinnan hade lärt känna sig själv och sin upphetsning. En annan metod som har framtagits går nästan ut på samma sätt, skillnaden är att kvinnan använder sitt eget finger för att stimulera könsorganet och efter ett tag kan hon även använda partners finger för att på så sätt själv känna efter var det är skönt med mera. Vid behandlingen av smärta vid samlag kan man låta kvinnan försöka använda sig av en bedövande kräm eller salva som skall sänka smärtkänsligheten i det drabbade området. I de fall då smärtan inte är så intensiv kan kvinnan försöka använda sig av salvor, geler eller krämer som skall minska på friktionen som uppstår på slemhinnan vid en penetration. Denna smörjning bör ske regelbundet för att slemhinnorna skall kunna uppnå en bra smidighet. Ifall det framkommer att smärtan orsakas av ångest eller oro kan kvinnan försöka äta medicin emot det. En läkare kan även kirurgiskt åtgärda en smärta som kan bero på att kvinnan är för trång i slidan. Psykoterapi bör användas när det framkommer att kvinnan lider av rädsla, ångest eller personlighetsstörningar. (Virtanen, 2002, 268-270).

Det som är viktigt när vården planeras för de drabbade kvinnorna är att den utgår från kvinnans personliga behov och egenskaper, vården skall vara individuell för alla kvinnor. Sex och samlag skall ses av kvinnan som en normal sak som kan leda till att vissa av våra ofrivilliga reflexer eller reaktioner utlöses. Det är även viktigt att rädslan och ångesten som kvinnan eventuellt kan lida av även tas i beaktande under vården, eftersom dessa kan vara en bakomliggande faktor för smärtan. Dessutom skall vården inkludera skuld tankarna som kvinnan eller den andra partnern kan känna som en följd av smärtan. Slutligen är det viktigt att kvinnan och partnern förstår att sex och samlag enbart är ett sätt att visa känslor och integreras med den andre. Enligt Virtanen (2002) är de största problemen som man möter på vid behandlingen av smärta vid samlag att den som behandlar och patienten själv har olika mål med behandlingen. Eller så kan det finns problem i relationen mellan kvinnan och dennes partner som gör att någon inte vill delta i behandlingens moment eller dylikt. Kvinnan kan även lida av väldigt stora rädslor inför sex och samlag. Slutligen kan det även bero på att den som behandlar inte vet vilket metod som skall användas. (Virtanen, 2002, 268-269).

4.5.5 Vestibulodynia

Detta är den unga kvinnans sjukdom. I allmänhet är det kvinnor under 40 år som drabbas. Det som uppstår vid vestibulodynia är att en beröringskänslighet utvecklas vid slidans mynning, i början av slidan eller i området runt slidan. Smärtan känns vanligtvis i början av samlaget men kan även märkas under hela samlaget samt efter samlaget. I takt med att tillståndet försämras börjar kvinnan omedvetet att spänna bäckenbottenmuskulaturen vilket i sin tur leder till att kvinnan efter ett tag överhuvudtaget inte kan utföra samlag. Även så kallad lätt beröring och den njutbarhet som uppstår då avtar eller rent av upphör. Det är då viktigt att kvinnan så fort som möjligt efter att smärta vid samlag uppstått söker hjälp. (Ryttyläinen m.fl., 2010, 174).

De symtom som uppstår vid vestibulodynia uppstår dels på grund av beröring men även andra saker kan förorsaka smärta. Exempelvis kan tamponginförel, cykling och ridning leda till att smärta i slidan uppstår. En gynekologisk undersökning kan bli väldigt smärtsam hos den drabbade kvinnan eller ibland kan den blir helt omöjlig att genomföra. (Apter, m.fl., (toim.), 2006, 259).

Orsaken till varför vestibulodynia uppstår är fortfarande okänd. Det har dock påvisats att av en okänd anledning har nervändorna förgrenats med varandra i slidans slemhinnor vilket lett till att en normal beröring i området upplevs som en smärtsam beröring. För att behandla vestibulodynia kan man använda sig av glidmedel, olika bedövningskrämer, kognitiv terapi och fysioterapi. Det är dock viktigt att kvinnan men även hennes partner uppmuntras till att använda sig av andra sexformer än samlag. Det har påvisats att fysioterapi och kognitiv terapi har haft en mycket positiv effekt hos många drabbade kvinnor. Dock är det viktigt att den som ger denne terapi är väl insatt i ämnet sexualitet och vestibulodynia. Ifall symtomen inte försvinner med hjälp av ovannämnda metoder kan kvinnan opereras. Den operationen kallas då för vestibulektomi och går ut på att avlägsna en del av slidans slemhinna. (Ryttyläinen m.fl., 2010, 174).

4.5.6 Vulvodynia – den oprovocerade samlagssmärtan

Den här typen av samlagssmärta drabbar oftast den äldre kvinnan. I en undersökning finner man inte några tecken på att en inflammation eller andra sjukdomar skulle vara orsaken, dock har man sett ett samband mellan depression och vulvodynia. Smärtan som uppstår vid Vulvodynia är oftast utbredd och upplevs som brinnande. Därav benämningen ”brinnande vulva” som används väldigt ofta. Ibland kan smärtan till och med vara så pass stark att den strålar mot buken och ner mot benen och går i perioder. Smärtan upplevs inte vid beröringar utan uppstår helt utan att någonting skulle ligga bakom den. Behandlingen vid Vulvodynia kan eventuellt bestå av antidepressiva eller läkemedel som är neurologiskt verksamma. (Lundberg & Löfgren-Mårtensson (red.), 2010, 333).

4.5.7 Vestibulit – den provocerade samlagssmärtan

Det är vanligt förekommande att en ung kvinna drabbas av vestibulit som är lokaliserad vid vestibulum. Smärtan uppkommer från slemhinnans yta vilket kan ses om man vid en undersökning trycker en bomullspinne mot vestibulariskörtlarna som är belägna inuti slidan utan att den berör slemhinnorna. Detta görs eftersom vid vestibulit utlöses inte smärtan från körtlarna, upplever kvinnan smärta vid tryck så är det inte fråga om vestibulit. Det är vanligast att smärtan uppstår vid det bakre området av slidans slemhinna. Dock kan den även uppstå vid beröring runt urinmynningen. Smärtan som upplevs som brinnande, svidande kan uppstå vid penetration eller av tätt sittande kläder. (Lundberg m.fl., (red.), 2010, 333).

4.5.8 Vaginism

Slidkramp kallas även denna samlagssmärta för. Den uppstår dels i själva öppningen av slidan men smärtan kan även uppstå djupare i slidan vid exempelvis en penetration. De som är det speciella med Vaginism är att en reflexartad kramp uppstår i bäckenbotten som exempelvis kan utlösas av att kvinnan tänker på ett samlag eller att ett samlag sker. Den kramp eller sammandragning som uppstår sker ofrivilligt, därför kan kvinnan heller inte självmant slappna av i musklerna vid exempelvis en gynekologisk undersökning. Tidigare erfarenheter av smärtsamma samlag kan även ligga som grund till att Vaginism

utlöses. Målet med behandlingen är att kvinnan skall kunna lära sig reglera muskulaturen i bäckenet men även den rädsla eller oro som kan ligga till grund för smärtan. När en kvinna söker hjälp för sin Vaginism krävs det att vårdpersonalen ger kvinnan mycket förtroende och stöd för att kvinnan skall känna sig trygg i situationen. (Lundberg m.fl., (red.), 2010, 335).

4.5.9 Andra orsaker till smärtsamma samlag

Virtanen (2002, 260) anser att det finns många olika orsaker till varför ett samlag kan vara smärtsamt. Det kan exempelvis bero på att livmodern lutar bakåt vilket i sin tur leder till att det kan uppstå mekaniska skador på slemhinnan vid samlag. Ifall kvinnans yttre slidöppning är för tajt kan det smärta när penis tränger sig igenom och samma sak gäller om kvinnans bäckenben är för tajt. Även storleken på penis har betydelse ifall samlaget skall gå smärtfritt, ifall penis är mycket större än slidans öppning kan det uppstå smärta vid inträngandet. Dessutom kan medfödda abnormaliteter i underlivet medföra att samlaget blir plågsamt. En annan orsak till smärtsamma samlag kan vara tekniken under samlaget, exempelvis kan en fel samlagsställning smärta ifall det blir för djupgående eller för mekaniskt. Ifall kvinnan inte är tillräckligt stimulerad innan samlaget kan det smärta på grund av att vaginan inte blir tillräckligt fuktig. Hos äldre kvinnor som är i klimakteriet kan smärta uppstå i vaginan på grund av en vaginal atrofi. Dessutom kan jästinfektioner, sår i vulvaområdet, urinvägsinfektioner och blåsinflammationer förorsaka smärta vid samlag. Andra orsaker till smärtsamma samlag kan vara stress, ångest och panikattacker samt olika biverkningar från mediciner så som allergi-, depressions- och blodtrycksmediciner.

5 Tidigare forskning

I detta kapitel presenterar respondenten aktuell vårdvetenskaplig forskning som kommer att beröra ämnet smärta vid samlag med fokusering på vården och bemötande. Forskningarna har med hjälp av manuell- och databassökning tagits fram. Den manuella sökningen gjordes ifrån tidningar så som Läkartidningen, Lääkärilehti, Vård i fokus och Duodecim. Med hjälp av databaserna Ebsco, Cinahl, PubMed och SpringerLink har respondenten även sökt forskning. Följande sökord användes vid sökningen: *vulva pain, coping, caring, nursing, vulvodynia, dyspareunia women, sexual health, intercourse, experience* och *pain*. Artiklarna som söktes efter skulle vara publicerade mellan år 2005-2011 samt vetenskapligt granskade.

5.1 Vården

Backman, Widenbrant och Bohm-Starke (2008, 378-379) har undersökt hur kombinerad fysisk och psykosexuell terapi med hjälp av en tvärvetenskaplig modell verkat hos kvinnor som lider av provocerad vestibulodynia. Studien pågick mellan år 1999-2004. Syftet med studien var att standardisera och bedöma denne vårdmodell. I studien deltog 24 kvinnor där medelåldern var 24,5 år, dessa kvinnor hade lidit av vulvasmärta i genomsnitt i 5,5 år. Studien gick ut på att kvinnorna först fick besöka en gynekolog som undersökte dem där man uteslöt kvinnor som led av vulva-vaginala infektioner eller andra fysiska orsaker.

Behandlingen som kvinnorna fick delta i var ett samarbete mellan en psykosexuell rådgivare och en barnmorska som var specialiserad inom fysisk terapi av bäckenbottenmuskulaturen. Målet för den psykosexuella rådgivaren var att stärka kvinnornas medvetenhet om interaktionen mellan hennes tankar och kropp och hjälpa kvinnan att uttrycka sina tankar om sina sexuella reaktioner så som orgasm, njutning och upphetsning. Han försökte i sin tur ändra kvinnans negativa syn på sitt kön och sedan på den uppkomna smärtan. Barnmorskan hade i sin tur som mål att öka kvinnans kunskap om sin anatomi och funktion i könsorganet. Dessutom ville hon bygga upp kvinnornas bäckenbottenmuskulatur samt minska på spänningen och därefter smärtan. (Backman m.fl., 2008, 380).

Resultatet av studien visade att tre av kvinnorna ansåg sig vara helt fria från smärtan och 16 av kvinnorna ansåg att en mycket stor förbättring hade skett vad gäller smärta vid samlag. Fem stycken av kvinnorna ansåg att enbart lite av smärtan försvunnit. Något samband mellan hur länge kvinnan lidit av smärta vid samlag och hur lång behandlingstiden var sågs inte. Innan behandlingen påbörjades var det enbart fem kvinnor som kunde ha samlag ett fåtal gånger i månaden. Efter att behandlingen hade genomgåts hade denna siffra ökat till sexton kvinnor. Femton av kvinnorna ansåg även att deras sexualliv förbättrats avsevärt och nio kvinnor ansåg att en förbättring skett eller inte någon förbättring över huvudtaget. Av de kvinnor som deltog i studien var det hela 20 av kvinnorna som hade fått en mera positiv inställning till den egna sexualiteten. (Backman m.fl., 2008, 381-382).

Som slutsats kom forskningsgruppen fram till att den nedsatta muskelfunktionen i bäckenbotten inte är en bidragande orsak till att kvinnan upplever smärta vid samlag, utan det är istället en reaktion på att kvinnan haft samlag med smärta. Det framgick även att när kvinnorna deltog i behandlingen och fick lära sig beröra sitt underliv utan att det smärtade ledde det till att hon fick en större kunskap och förståelse för sin egen kropp samt det samspel som utspelar sig. Resultatet av denna studie påvisade även innebörden av att när smärtan eliminerades så förbättrades även kvinnans psykosexuella välbefinnande samt att hennes livskvalitet förbättrades avsevärt. (Backman m.fl., 2008, 384).

Sargeant och O'Callaghan (2007, 235-236) har gjort en undersökning där syftet var att undersöka hurudan psykosocial inverkan smärta i vulvans område har på kvinnans livskvalitet, på den sexuella hälsa samt på förhållandet. Studien gjordes i Australien under tiden juni till augusti 2004 och 97 kvinnor deltog. Av dessa 97 kvinnorna hade 51 av dem smärta i vulvans område och var i åldrarna 19-68 år och de resterande 46 kvinnorna i åldrarna 21-65 år hade inte någon smärta i vulvans område. De kvinnor som hade smärta i vulvans område och deltog i undersökningen valdes ut av vårdpersonal på vårdcentraler, mottagningar för sexuell hälsa och vid privata gynekologiska mottagningar medan de kvinnor som inte hade smärta i vulvans område valdes ut från lokala arbetsplatser. Deltagarna fick besvara ett frågeformulär som tog upp sjukdomsbakgrunder och innehöll olika mätinstrument för att mäta livskvaliteten, vända

relaterad till sexuella aktiviteter samt tillfredsställelse i parförhållandet. Studien är godkänd av den etiska kommittén vid Griffith University.

Resultatet som framkom i studien visade att kvinnor som fått sin menstruation i en tidig ålder oftare led av smärta i vulva. Detta gällde även kvinnor som ofta eller hela tiden upplevt smärta och kramper under menstruationen. Av de kvinnor som led av smärta i vulvans område var det 59 procent som hade fått sin menstruation i en medelålder av 12 år, medan de som inte upplevde någon smärta hade fått sin menstruation i medeltal i åldern 13 år, 28 procent. I studien framkom det att 47 procent av kvinnorna hade blivit diagnostiserade Vulva Vestibulit Syndrom (VVS) och 37 procent hade blivit diagnostiserade av Vulvodynia. Kvinnorna beskrev sin smärta på en skala mellan 0-100 och där framkom det ett medelvärde som låg på 66,24. Det framkom i studien att de kvinnor som hade smärta i vulva även hade en sämre livskvalitet i jämförelse med de kvinnor som inte hade någon smärta. När de gällde tillfredsställelse i parrelationen framkom det inte en så stor skillnad mellan de kvinnor som upplevde smärta i jämförelse med de kvinnor som inte upplevde smärta. Dock framkom det att kvinnor som lider av smärta i vulva har i större utsträckning vånda över sexuella aktiviteter så som samlag än vad kvinnor som inte led av smärta hade. (Sargeant m.fl., 2007, 236-237).

Utgående från studiens resultat kan man säga att kvinnor som lider av smärta i vulva har i större grad en lägre livskvalitet i jämförelse med kvinnor som inte lider av smärta. Dessutom skiljer sig de kvinnor som lider av smärta i vulva sig betydligt ifrån andra kvinnor på en rad olika medicinska punkter. Exempelvis kan så kallad dysmenore kopplas sammans med Vulva Vestibulit Syndrom samt att kvinnans ålder var märkbart lägre när hon fick sin menstruation. Studien visade att kvinnans psykiska och fysiska livskvalitet var lägre hos kvinnor med smärta. Många kvinnor som lider av smärta i vulva hade även en vånda inför sexuella aktiviteter. Dessutom upplevde en tredjedel av kvinnorna med smärta att de kände sig olyckliga i deras sexuella relationer medan hos de kvinnor som inte hade smärta var de enbart två procent. Uppemot en fjärdedel av kvinnorna med smärta upplevde sig alltid stressade inför sex och samlag och en tredje del av kvinnorna med smärta upplevde sig missnöjda med deras sexualliv. Det framkom även att det inte fanns någon skillnad mellan de båda kvinnogrupperna rörande hur de kände sig tillfredsställda i förhållandet, detta kan bero på att kvinnorna med smärta kan

fungera på samma sätt som andra kvinnor och på så sätt känna glädje i förhållandet. (Sargeant m.fl., 2007, 237-238).

Forskarna menar att de kvinnor som lider av smärta i vulva borde bli rutinmässigt undersökta för psykosociala problem detta för att risken att drabbas av depressioner, problem i förhållandet, oro och ångest skall minskas. Slutligen menar Sargeant m.fl., (2007, 238-239) att fastän det fortfarande är okänt hur många kvinnor som lider av smärta i vulva är det viktigt att tänka på att kvinnans livskvalitet avsevärt kan sänkas både mentalt men även fysiskt ifall hon drabbas av denna smärta och kan göra att hon blir mer och mer stressad och ångestfylld samt orsaka problem i förhållandet. Det som är mycket viktigt är att vården visar en förståelse gentemot patienten och hennes smärta för på det sättet kan livskvaliteten förbättras.

Meana och Lykins (2009, 81-82) har gjort en studie där syftet var att undersöka hurudan skillnad det var mellan kvinnor som upplevde smärta vid mer än 50 procent av alla samlag och kvinnor som inte upplevde smärta eller upplevde smärta vid ett fåtal samlag. I studien deltog först 1140 kvinnor som var sexuellt aktiva i åldrarna 18 till 29 år som studerade vid University of Nevada. Dessa kvinnor besvarade sedan ett frågeformulär och därefter valdes 637 kvinnor ut utgående från de kriterier som var uppsatta. Av dem sattes 101 kvinnor i en så kallad smärtgrupp och resterande 536 kvinnor blev en så kallad kontrollgrupp, det enda som skiljde dem åt var hur ofta de upplevt smärta. Frågeformuläret bestod av delar som tog upp bakgrundshistoria, gynekologisk historia, förväntningar inför första samlaget och ångest.

Det resultat som framkom i studien visade att de kvinnor som upplevde smärta vid 50 procent av alla samlag (smärtgruppen) inte hade någon skillnad angående gynekologiska skillnader i jämförelse med den andra gruppen. Det som jämfördes var ålder vid menstruationsdebut, ålder vid första samlaget, ålder vid ibrukttagande av p-piller samt hur lång tid de använts, om de blivit gynekologiskt undersökta, eventuella jästinfektioner och urinvägsinfektioner och könssjukdomar. Dessutom hade kvinnorna i smärtgruppen även smärta vid underlivskontakt som inte var samlag. I undersökningsdelen som behandlade hurdana förväntningar kvinnorna hade inför det första samlaget framkom det inte några skillnader mellan grupperna vad gäller hur de blivit informerade om eventuell smärta vid samlagsdebuten. Det som dock visade sig i resultatet var att kvinnorna i smärtgruppen hade större oro inför att det skulle ta ont, att

de var mera rädda och att de hade mera ångest än vad kvinnorna i kontrollgruppen visades ha. (Meana m.fl., 2009, 83-84).

Slutligen kan man säga om studien är att de kvinnor som hörde till smärtgruppen var mera oroliga och ångestfyllda än kvinnorna i kontrollgruppen. Tidigare forskningar har påvisat resultat att kvinnor som lider av smärta vid samlag även upplever smärta vid tamponginförsel, gynekologiska undersökningar samt annan stimulering av partnern och detta framkom även i denna studie. Detta beskriver i sin tur att den smärta som kallas för samlagssmärta egentligen inte enbart framhävs av samlag utan av andra faktorer så som friktion av kläder, uriner och oral stimulering. Det som dock fortfarande är oklart är om smärtan är förorsakad av samlag eller om områdets känslighet och överkänslighet har orsakat smärtan. (Meana m.fl., 2009, 85-86).

Kvinnorna rapporterade även att de upplevde en mera negativ påverkan på det sociala livet, på ömsesidiga relationer samt en rädsla inför hälsoproblem. Dock vet man ännu inte om dessa psykologiska personlighetsdrag är faktorer som orsakar smärta eller om det är smärtan själv som orsakar dem. Det är möjligt att unga kvinnor som förväntade att samlaget skulle vara smärtsamt och även var mera oroliga och rädda för det och bedömde samlagets känslor på ett mer skrämmande sätt. Deras avlägsna minne av de negativa förväntningarna och känslorna inför det första samlaget kan på så sätt förvärra deras nuvarande förväntningar inför smärta. Därför är det viktigt att vid utredande av samlagssmärta även utreda hurdan ångest kvinnan har inför hälsoproblem eftersom de kan vara faktorer för utvecklande av samlagssmärta. Dessa kvinnor har även en tendens att förtydliga och vara väl uppmärksam på smärta samt att somatiska symtom växer sig starkare. I samband med detta så är det vid behandling en stor fördel att det finns en grupp för att ta hand om denna typ av patient. (Meana m.fl., 2009, 85-86).

McGowan, Luker, Creed och Chew-Graham (2007, 261-262) har gjort en undersökning där syftet var att undersöka vårdprocessen som leder till en befrielse och ett försök att förstå den psykosociala processen som inverkar på kvinnor som lider av smärta i bäckenbotten. I studien deltog 32 kvinnor som blivit diagnostiserade av kronisk smärta i bäckenbotten. Dessa fick i uppdrag att skriva ner hur deras sjukdom har varit. Därefter analyserades texterna med hjälp av en narrativ teori. Det som kvinnorna skulle besvara var om de hade fått någon behandling för sin smärta samt hur smärtan har påverkat det dagliga livet samt vad som hjälper mot smärtan.

Det som var gemensamt med alla svar som kom in var hur de hade lagt upp sina berättelser. Det började med att det fick en förståelse för problemet i sig, att det var ett problem sedan hur de tog beslutet att söka hjälp för att sedan få gå igenom olika undersökningar och åtskilliga behandlingar. Intressant att notera att fastän de hade fått ett flertal ledande frågor hade kvinnorna ändå valt att berätta det på sitt eget vis. Vikten låg inte vid följden av problemet utan istället på processen runt problemet. Detta kan förklaras genom att kvinnorna inte hade någon erfarenhet av några tillfredsställande beslut kring deras problem. Även processen av att söka hjälp följde ett liknande mönster hos kvinnorna. Det började med att de sökt hjälp till en läkare som sedan vidarebefordrade kvinnan till en gynekolog eftersom läkaren inte visste vad kvinnan led av. Gynekologen i sin tur skickade kvinnan tillbaka till läkaren för olika undersökningar som sedan skickade tillbaka kvinnan till gynekologen. Det som då skedde var att fokuset låg enbart på en diagnos, men eftersom vare sig läkaren eller gynekologen kunde ge någon diagnos var det många kvinnor som inte orkade med detta och avbröt kontakten till vården. De kände sig fast i det som pågick och de som kvinnorna önskade var en förklaring, aldrig blev uppnådd. (McGowan m.fl., 2007, 267-270).

När man inte fann några patologiska orsaker resulterade det ofta att smärtan bedömdes vara av psykologiskt ursprung. Kvinnorna upplevde detta som en känsla av hopplöshet samt en känsla av att ha blivit stämplade som neurotiska, arga, galna och deprimerade. Fastän smärtan sagts vara psykologiskt förorsakad fortsätter dessa kvinnor leva med smärta och ju längre tiden går desto mer tror kvinnan att allting sitter i hennes eget huvud. Kvinnorna upplevde även att deras historia, som de berättade åt läkaren, inte blev hörd. Det enda läkaren ville var att samla in symtom för att på det sättet kunna sätta en diagnos. Läkarna hade heller inte någon förståelse för deras individuella smärta

vilket ledde till att vissa kvinnor inte hade motivation att söka mera hjälp för smärtan, fastän smärtan fanns kvar i deras liv. Kvinnorna beskriver detta problem med att *"hur kan du förklara en smärta som man inte ser?"*. Fastän ingenting kan påvisas i undersökningar är det ändå viktigt att vårdpersonal tänker på hur de säger detta, eftersom det är avgörande för hur kvinnorna sedan klarar av att acceptera och försöker förstå sig på deras smärta. (McGowan m.fl., 2007, 267-270).

Harlow, Vazquez, MacLehose, Erickson, Oakes och Duval (2009, 1333-1334) har gjort en undersökning där målet var att utvärdera en serie frågor som var relaterade till smärta i vulvaområdet ifall de var associerade till en vestibulodynia diagnos. I undersökningen deltog 12 453 kvinnor som besvarade ett frågeformulär för att undersöka om de upplevde smärta i vulvans område. Av alla kvinnor som besvarade frågeformuläret var det 56 kvinnor som redan var diagnostiserade vulvodynia. Dessutom var det 662 kvinnor som för tillfället led av smärta i vulvans område, dessa kvinnor fick sedan besvara en telefonintervju för att undersöka ifall de led av svampinfektioner, sexuellt överförbara sjukdomar, hudsjukdomar, östrogenbrist eller en inflammatorisk vaginit som skulle kunna vara en bakomliggande orsak. Efter att intervjun gjorts var det 444 kvinnor av 662 kvinnor som passade in på de kriterier som krävs för att kunna diagnostiseras med provocerad vestibulodynia. Av dessa 444 kvinnor var det 73 kvinnor som fick en gynekologisk undersökning utförd och då framkom det att 56 kvinnor kunde diagnostiseras med vestibulodynia. Frågeformuläret som forskarna hade framställt bestod av frågor som vanligtvis ställs av vårdpersonal som gällde tidigare men även tillfälliga symtom i underlivet. Exempelvis berörde det hur länge symtomen pågått, hurdana symtom kvinnan upplevde så som kliande, brinnande, skärande samt mycket svår smärta. Andra frågor var om smärtan var provocerad eller spontan, om den gjorde att ett samlag inte kunde utföras.

Resultatet av undersökningen visade att frågor angående smärta i vulvans område borde ställas till kvinnor i allmänhet, frågor som kan associeras med vestibulodynia. Dessa frågor berör exempelvis hurdan smärta det är fråga om, när smärtan uppstår samt om den uppstår under andra omständigheter än under ett vaginalt samlag exempelvis vid tamponginförelse eller vid en gynekologisk undersökning. Det framkom i undersökningen att hos de kvinnor som upplevde smärta vid beröring fanns det en liten skillnad vad gäller om smärtan gällde hela tiden eller bara emellanåt. Det framkom även

att lokaliserad kontaktvärta i underlivet var mera associerat med en vestibulodynia diagnos än vad generell brännande och skärande värta gjorde. Ett annat betydande symtom som var associerat med vestibulodynia var om kvinnan haft en värta i vulvans område fler än tio gånger under sitt liv och om värtan gjorde att samlaget inte gick att utföra. (Harlow m.fl., 2009, 1337, 1338).

Det forskarna önskar med denna studie är att kvinnor i allmänhet skall screenas med dessa frågor. De som sedan screenas positivt skall få hjälp av den allmänna vården att få söka hjälp för sin värta. Forskarna anser att det finns ett stort problem inom vården när 39 procent av drabbade kvinnor inte söker hjälp, detta kan exempelvis bero på att kunskapen om ämnet är dåligt samt att vårdarna inte utbildas tillräckligt i området. Slutligen önskar forskarna att frågeformulär bestående av några utvalda frågor bör besvaras av kvinnor i allmänheten för att de kvinnor som eventuellt lider av värta i vulvans område skall hittas och därmed hjälpas. Dessutom är detta tillvägagångssätt ett väldigt billigt och enkelt sätt att hjälpa de kvinnor som lider i det tysta. (Harlow m.fl., 2009, 1338).

5.2 Bemötande

Connor, Robinson och Wieling (2008, 139-141) har undersökt hurudan erfarenhet par har av diagnosen när kvinnan lider av värta vid samlag. Undersökningen gjordes med hjälp av både individuella intervjuer men även med parintervjuer för att få fram hur paret tillsammans delar sina tankar om värtan som uppstår vid samlag, dessutom ville man få fram hurdana erfarenheter de hade samt hur de konverserade med varandra. I undersökningen deltog 29 deltagare innehållande 13 par. Alla kvinnor som deltog hade fått sin diagnos av en läkare som var ett krav för att få delta i undersökningen. Deltagarna valdes genom en internetförfrågan till National Vulvodynias hemsida samt till deras användare, dessutom informerade mottagningar om undersökningen.

Det som framkom i studien var att kvinnorna var sina egna advokater för att de skulle kunna få en diagnos samt någon behandling för sin värta. Kvinnorna upplevde det som väldigt frustrerande att det fanns väldigt få inom vården som hade kunskap om samlagssvärta. Det som var gemensamt för de flesta kvinnorna var att de hade uppsökt många olika läkare för att få en diagnos. Dessutom upplevde kvinnorna en mycket stor frustration i att hitta någon läkare som lyssnade på ett respektfullt sätt. Läkarna

upplevdes även bli irriterade på sjukdomen på grund av att orsaken och behandlingen fortfarande är okänd samt att när läkaren blev frustrerad svarade kvinnan med ilska och inte empati för läkaren. Känslor som skuld, misslyckande och en känsla av att vara skadad och inte vara kvinna fullt ut väcktes hos kvinnan när ingen diagnos kunde ställas. (Connor m.fl., 2008, 143-149).

När kvinnorna sedan fick en diagnos ledde det till att många frågor väcktes dels inom dem själva men även inom förhållandet. Åtta stycken av de som deltog i undersökningen upplevde en spänning i deras sexuella förhållande innan de fick en diagnos. När de sedan fick en diagnos försvann deras misstro, tvivel, skuld samt att paret sinsemellan kunde kommunicera på ett positivare sätt än tidigare. Många kvinnor hade fortfarande tankar om varför partnern fortfarande har stannat med dem och inte lämnat på grund av att de inte kan ha samlag. Det som var gemensamt med alla par som deltog var att de genom att använda sig av andra metoder lyckades klara av att leva med smärtan i deras sexuella liv. Exempelvis hade paren inte några samlag överhuvudtaget, använde alternativ till vaginalt samlag eller så fortsatte de att ha samlag. De medverkande paren upplevde även en isolering från samhället och kände sig annorlunda från andra par som kunde ha samlag. Samtidigt var det svårt för dem att diskutera om sina problem med närstående och familj eftersom de upplevde det som att ingen förstod deras problem. (Connor m.fl., 2008, 143-149).

Som slutsats anser Connor m.fl., (2008, 153-154) att fastän det har forskats mycket inom fenomenet smärta vid samlag så finns det fortfarande en liten medicinsk och psykologisk uppmärksamhet inom området. Kvinnorna upplever en ökad frustration desto längre det tar att få någon hjälp och att processen att få hjälp upplevs som ensam och svår och en upplevelse av isolering infann sig. Forskarna anser att det även är viktigt att paret lyckas skapa en positivare harmoni runt dem för att kvinnan och mannen inte skall känna skuld eller att konflikter inom förhållandet skall uppstå. De anser även att det är viktigt att paret försöker finna en mening med sjukdomen som i sin tur kan avancera till en känsla av kompetens och ett övertag över att känna sig ofullständig som kvinna. Detta kan i sin tur leda till att smärtan avtar. Till slut önskar forskarna att vårdpersonal skall informera om att smärta vid samlag är en sjukdom som kan diagnostiseras men att orsaken och behandling fortfarande är okänd. Detta utan att beskylla kvinnan för att ha orsakat sin smärta på grund av psykologiska orsaker.

Marriott och Thompson (2008, 246-248) har undersökt hur kvinnor som blivit diagnostiserade och behandlade för vulva smärta upplever situationen och vilken inverkan det har på deras förhållande. Undersökningen gjordes genom semi strukturerade intervjuer av åtta kvinnor i åldern 18-41 år som bodde i norra England. De kvinnor som deltog hade blivit diagnostiserad av att lida av vulva vestibulit. Resultatet i studien delades upp i tre teman: *avsaknad av kvinnlig/sexuell identitet, sex som det centrala i ett förhållande och osäkerhet kring diagnosen.*

Kvinnorna som deltog i studien upplevde inte själva smärtan som det centrala problemet utan det var istället frågan om en känsla av att inte vara fullständig kvinna. De hade förlorat deras sexuella självförtroende och sakta men säkert förlorat förmågan att njuta av samlag. Smärtan som uppstod i vulvan bidrog i sin tur till att de inte kunde delta i sex och samlag och upplevde även en förnedring av att smärtan hade övertagit makten från dem. De flesta kvinnorna var unga kvinnor och därför kom det fram att de ansåg att de måste vara mera sexuellt aktiva än vad de är eftersom de är unga kvinnor. (Marriott m.fl., 2008, 248-251).

Samlag sågs av dem som någonting enkelt och naturligt som ”normala” kvinnor klarade av att utföra. Detta bidrog i sin tur att kvinnorna kände att det var orättvist mot dem när de jämförde sig med de andra kvinnorna. Kvinnorna ansåg även att i ett normalt förhållande har sex och samlag en central roll och att deras partner skulle eller borde bli irriterad när de inte kunde ha samlag. Därför kände kvinnorna skuld och skämdes eftersom det var deras problem och kunde inte ge det mannen ville ha. Kvinnorna beskrev även känslor som rädsla för att mannen skulle hitta någon annan kvinna. De kvinnor som inte befann sig i ett förhållande hade även tagit avstånd från nya sexuella förhållanden samt undvek aktiviteter som kan leda till samlag. Denna känsla upplevdes även hos kvinnor där smärtan avtagit, eftersom de var rädda för att smärtan återigen skulle uppstå vid samlag. (Marriott m.fl., 2008, 248-251).

De deltagande kvinnorna beskrev även att det varit svårt för omgivningen att förstå deras problem och vissa hade även förminskat deras problem. Det som många kvinnor påpekade som mycket viktigt var att de blev trodda både av sin partner men även av vårdpersonal. I takt med att de blir betrodda så ökar även möjligheterna att styra smärtan. Vissa kvinnor upplevde att de blev dömda av vårdpersonal och några av

kvinnorna hade blivit uppmanade att slappna av vid samlag och detta gjorde att de trodde att allting ”satt i deras huvuden”. (Marriott m.fl., 2008, 248-251).

För att vårdpersonalen skall kunna skapa sig en förståelse för problemet är det viktigt att de fokuserar på hur smärtan påverkar förhållandet samt hur det påverkar kvinnans psykiska hälsa istället för att enbart fokusera på den aktuella smärtan. Som slutsats i denna studie framkom det att själva smärtan i vulvan inte är det centrala problemet utan istället att kvinnan förlorar sin kvinnliga identitet. (Marriott m.fl., 2008, 253-256).

Sheppard, Hallam-Jones och Wylie (2008, 218-219) har gjort en undersökning där syftet var att skapa en förståelse för hur smärta i vulva inverkar på den drabbade kvinnan och på hennes förhållande. Studien vill beskriva hur denna smärta påverkar paret när det är fråga om smärta i ett för tillfället tabubelagt område, vagina. I studien deltog kvinnor i åldern 18-60 år som hade blivit diagnostiserade vulvodynia. Dessa fick besvara ett frågeformulär och utgående från de kriterier som hade satts upp valdes sedan kvinnor ut. De blev sedan intervjuade genom en halvt strukturerad kvalitativ intervju utgående från åtta olika teman som belyste emotionell oro, förlust i förhållande så som roller, partner, skadliga effekter i förhållandet och deras sexuella relation, känsla av isolering och brist av förståelse från andra och försummelse från vårdpersonal för att nämna några.

Det största problemet som framkom i studien var under temat försummelse av vårdpersonal vilket beskrevs som en känsla att de bara blivit iväg skickade till en psykolog. Det som kvinnorna då antydde på var att vårdpersonalen inte förstod deras problem, och ansåg att den var påhittad och att kvinnan måste acceptera att smärtan uppkommit genom att kvinnan är känslomässig och på så sätt botas genom en psykolog. En annan sak som framkom i studien var att kvinnorna hade svårt att om och om igen beskriva och förklara deras problem när de gång på gång blev skickade till andra professionella vårdare. Det framkom i undersökningen att när kvinnorna känner sig isolerade kan det orsaka att de känner sig fast, instängda och oförmögna att acceptera tillståndet och bemästra smärtan. Detta eftersom sexualiteten är en del av att vara människa och när känslor så som obehag och osäkerhet upplevs kan det orsaka ångest och spändhet. Kärlek, ömhet och sexuell intimitet bidrar till ett hälsosamt förhållande och personlig lycka och ökat självförtroende. För att psykoterapi skall fungera normalt är det viktigt att den som arbetar med kvinnan visar förståelse för smärtan, att han tror

på dem. Det är även viktigt att kvinnan förstår syftet med psykoterapi för att på så sätt få en mening med denna vård. Olika teman som till exempel öka förståelsen för smärtan, förstå hur smärtan verkar på förhållandet samt hitta ett sätt som gör att kvinnan kan handskas med smärtan för att på så sätt lära sig leva med den. (Sheppard m.fl., 2008, 222-223).

Forskarna framhäver det viktiga i att kvinnan inte blir skickad från den ena vårdgivaren till den andra, eftersom detta kan leda till att kvinnans motivation minskar och att hon upplever sig som jobbig samt att de inte tror på att hennes smärta finns i verkligheten. Forskarna anser att med hjälp av ett samarbete mellan alla parter kan kvinnans inställning till eventuell psykoterapi ändras att hon i sin tur förstår meningen med det, och inte får känslan av att smärtan är i hennes huvud. (Sheppard m.fl., 2008, 224).

Ohl (2007, 57) har skrivit en artikel med syftet att beskriva kvinnans normala och onormala sexuella funktioner samt beskriva vilka redskap vården kan använda sig av vid bemötande och mottagande av en kvinna som lider av sexuell dysfunktion. Ohl (2007) menar att när en kvinna söker vård för sina sexuella problem skall samtalet löpa smärtfritt och naturligt både för patienten men även för vårdaren. Dock är fallet inte så för tillfället utan det har framkommit att läkare inte pratar med patienten om deras sexualitet. Samma sak gäller om patienten lider av sexuella svårigheter är det svårt för henne att ta upp detta med läkaren. Tidigare forskningar har påvisat att 51 procent av patienterna var rädda att läkaren inte skulle lyssna på deras problem, 46 procent var rädda att läkaren skulle känna sig obekväma i situationen och 46 procent trodde att det ändå inte fanns någon hjälp att få. Ohl (2007) anser att sjukskötare och fysioterapeuter har ett stort ansvar, för att i patientens helhetsvård skall även sexualiteten ingå.

Det som är viktigt för vårdare är att veta vad som är normalt och vad som inte är normalt när det handlar om kvinnans sexualitet. Den normala sexualiteten kan beskrivas genom fyra stycken olika faser där det ingår förväntningsfas, platåfas, orgasmfas och en upplösande fas. Dock är alla människors sexualitet individuell och alla behöver inte uppnå alla faser eller till lika stor grad. I förväntningsfasen märker kvinnan av förändringar i hennes kropp så som att bröstet och bröstvårtorna sväller och andra fysiska tecken. I platåfasen sker en upphetsning hos kvinnan som ökar successivt i intensitet. Orgasmfasen varar i några sekunder eller minuter och den sista fasen som är

upplösande fasen är när alla fysiska förändringar går över till normalt tillstånd. Sexuell dysfunktion kan förorsakas av psykiska eller kroppsliga faktorer. De flesta sexuella problem har påvisats vara psykiskt förankrade. Dock kan även högt blodtryck och behandlingen som följer orsaka svårigheter med samlag samt övriga hjärtproblem och diabetes. Därför är det viktigt att även utreda dessa faktorer samt att undersöka om det finns någon medicin som kan vara orsaken eller hormonella orsaker. Med psykologiska orsaker ingår ångest, oro, depression, sexuella övergrepp men även samlagsteknik och eventuellt problem i parförhållandet. Det kan även finnas kulturella faktorer som kan ge sexuella problem. Det som är vanligt förekommande är att kvinnan upplever en stor frustration över sitt problem eller ångest vid blotta tanken på sex och samlag. Till exempel så kan kvinnan känna smärta under samlaget som gör henne frustrerad. Detta i sin tur leder till att partnern blir irriterad och hon utvecklar en rädsla över att partnern skall lämna henne. Detta gör att oron och ångesten i sin tur växer och gör att hon överhuvudtaget inte kan utföra ett samlag. (Ohl, 2007, 57-59).

Ohl (2007, 61) beskriver även innebörden av att omgivningen är betydelsefull för hur samtalet skall fortskrida. Det är dels viktigt att patienten känner sig säker och trygg i situationen men även att vårdaren känner sig bekväm med att prata om sexuella problem med patienten och använda sig av sexuella termer. Om vårdaren som tar emot patienten visar förståelse och omtanke över patientens sexuella hälsa är chansen större att patienten vågar berätta om sina problem än om vårdaren inte skulle kunna diskutera sådana här saker. Det är även viktigt att vårdaren tar ögonkontakt med patienten eftersom detta visar en förståelse. Detta eftersom patienten kommer att få besvara frågor som berör det intima och privata livet. Det är även viktigt att vårdaren lyssnar på hur patienten pratar om sina problem och utgående från det använder sig av samma termer som patienten gör. Det är även viktigt att vårdaren frågar om patienten vill prata med en läkare om sina problem. Vissa kvinnor behöver inte ha problem med det medan andra kan se det som väldigt svårt eftersom det är så intimt. Slutligen beskriver Ohl (2007, 63) att den kvinnliga sexuella dysfunktionen är ett vanligt problem inom vården. Det flesta problem anses orsakas av psykologiska faktorer men det är viktigt att vården ser bortom det och ser andra bakomliggande faktorer. Det är viktigt att vårdaren lyssnar på patienten och inger förståelse för att på så sätt hjälpa kvinnan med sitt problem.

Ayling och Ussher (2008, 296-297) har gjort en studie där forskningsfrågorna var hurdana ämnen relaterade till den egna sexualiteten kvinnor som lever i heterosexuella förhållanden och lider av vulvodynia tar upp med sin partner. Dessutom frågade sig forskarna om dessa ämnen hade någon inverkan på hur dessa kvinnor ser på de saker som vulvodynian medför i förhållandet. I studien deltog sju kvinnor i åldern 18-41 år. De kvinnor som deltog i studien hade alla haft symtom av vulvodynian under längre än sex månader samt ett heterosexuellt förhållande längre än nio månader. Det var inte någon skillnad ifall kvinnorna hade provocerad eller oprovocerad vulvodynia. Kvinnorna fick delta i en semi-strukturerad intervju som gjordes ansikte mot ansikte mellan intervjuaren och deltagaren. Ämnena som togs upp i intervjun berörde hur kvinnorna upplevt hur det är att leva med vulvodynia, om vulvodynian påverkat kvinnorna på deras sätt att se dem som kvinnor, om vulvodynian påverkat dem hur de ser sig som sexuellt aktiva och om vulvodynian påverkat deras förhållande med deras partner. När intervjuerna var gjorda analyserades innehållet med hjälp av teman och kategorier.

Resultatet som framkom i studien var att ett flertal kvinnor associerade vulvodynian med ilska, besvär, rädsla, sorg och förvirring. Dessutom ansåg det flesta kvinnorna sig som otillräckliga sexpartners och otillräckliga kvinnor. Många kvinnor ansåg även att mannens behov av samlag hör samman med deras biologiska lust och detta måste då kvinnorna rätta sig efter. När kvinnorna inte kunde bemöta mannens lust upplevde sig kvinnorna som icke normala, söndriga, oanvändbara, värdelösa och icke funktionsdugliga. Dessa tankar gällde fastän deras partner visade förståelse för smärtan som uppstår vid samlag och försökte stötta dem och inte pressade dem till samlag. Det framkom i studien att kvinnor kände sig påtryckta att utföra samlag och även gjorde det vilket ändå oftast slutade med att smärtan uppstod på nytt. Detta upplevda påtryck kan enligt forskarna ha ett samband med att kvinnorna försökte vara så normala som möjligt och hade därför samlag eftersom det är det mest normala i ett heterosexuellt förhållande. (Ayling m.fl., 2008, 298-299).

Slutligen menar forskarna att många kvinnor upplever sig som ofullständiga kvinnor och sexpartners när de inte hade möjligheten att ha samlag med sin partner. När kvinnorna valde att ha samlag berodde det oftast på att de ville upprätthålla intimiteten i förhållandet, uppleva sexuell njutning, leva som en normal kvinna med sexuell lust samt

uppleva känslor av att vara en fullständig sexpartner i ett heterosexuellt förhållande. Dock uppstår en dålig tankebana när kvinnan märker att hon inte kan utföra samlaget vilket leder till att hon inte känner sig fullständig som sedan leder till att självförtroendet sänks och en ond spiral har startat. I takt med att den nedåtgående spiralen pågår kan kvinnan börja känna sig deprimerad och blir mer och mer isolerad. Tillsammans med att det är tabubelagt att prata om det kvinnliga könsorganet och den sexuella driften kan det göra att kvinnorna drar sig från att söka hjälp för sina problem. Bortsett från alla negativa konsekvenser som samlagssmärtan kan orsaka så anser de flesta kvinnorna i studien att deras heterosexuella förhållande är starkt, varför det är så kan inte forskarna förklara. I en tidigare studie har det framkommit att män och kvinnor kan tänka sig att ha ett förhållande där penis-vaginalt samlag inte behöver ingå. Som slutsats säger forskarna att om dessa kvinnor skulle se sig som fullständiga kvinnor skulle de må mycket bättre inombords, de skulle inte känna sig tvingade att ha samlag, de skulle inte ha ångest, rädsla, uppleva skuld och de skulle inte känna att det är något fel på deras kroppar. (Ayling m.fl., 2008, 300-302).

5.3 Sammanfattning av tidigare forskning

I två forskningar (Sargeant m.fl., 2007; Meana m.fl., 2009) framkommer det ett resultat som påvisar att många kvinnor som lider av smärta vid samlag eller smärta i vulvans område fått sin första menstruation i en tidig ålder. Dessutom framkom det att många kvinnor har smärtsammare och mer krampaktiga menstruationer än kvinnor som inte upplever smärta vid samlag eller i vulvans område. Dessa kvinnor sågs även haft en större oro och ångest inför det första samlaget angående saker som om det skulle ta ont eller inte.

Många kvinnor som lider av smärta vid samlag eller smärta i vulvans område har påvisats ha en sämre livskvalitet vad gäller det fysiska och det psykiska planet. Dessutom upplevde kvinnorna känslor av skuld, misslyckande, en känsla att vara en ofullständig kvinna och inte vara en hel kvinna när kvinnorna inte fick en diagnos. De associerade även vulvodynian med ilska, rädsla, sorg och förvirring. Under tiden som kvinnorna sökte hjälp uppstod en stor frustration, en känsla över att vara ensam och de upplevde sig isolerade över att de inte fick någon hjälp och att inte någon förstod dem och deras problem. Kvinnorna ansåg även att det inte var själva smärtan som var det

största problemet, utan istället handlade det om att inte känna sig som en fullständig kvinna eller sexpartner. (Sargeant m.fl., 2007; Ayling m.fl., 2008; Connor m.fl., 2008; Marriott m.fl., 2008). Smärtan påverkade även kvinnornas sociala liv, deras relationer och deras önskan var att vara så normal som möjligt (Meana m.fl., 2009; Ayling m.fl., 2008). De kvinnor som levde tillsammans med någon annan partner var ofta oroliga över att deras partner skulle lämna dem eftersom de inte kunde ha samlag. Detta upplevde de fastän deras partner stöttade dem och inte tvingade dem ha samlag. (Connor m.fl., 2008; Ayling m.fl., 2008).

När det handlade om hur kvinnorna själva tänkte och såg på samlag eller sexuella aktiviteter var det tre forskningar (Sargeant m.fl., 2007; Marriott m.fl., 2008; Ayling m.fl., 2008) som hade berört det ämnet. Många kvinnor visade sig ha vånda inför samlag och sexuella aktiviteter och de kände sig missnöjda och stressade inför tanken att ha samlag. Vissa kvinnor hade helt och hållet tagit avstånd från allt vad sex och samlag har att göra med. Kvinnorna ansåg även att de på grund av smärtan har förlorat det sexuella självförtroendet och förmågan att kunna njuta av samlaget. Kvinnorna upplevde sig även olyckliga i deras sexuella relationer eftersom de såg sex och samlag som någonting normalt och enkelt som ”normala” kvinnor utför. Detta ledde i sin tur att kvinnorna upplevde sig förnedrade av att smärtan övertagit taget om dem. De ansåg även att det är orättvist att de inte kan klara av att utföra ett samlag som alla andra kvinnor klarar av att göra. I takt med att kvinnan upplever att hon inte klarar av att utföra ett samlag börjar hon skapa en nedåtgående spiral som till slut leder till att hon isolerar sig, blir deprimerad och får ett sänkt självförtroende.

När kvinnorna tog kontakt med vården var det väldigt vanligt att de fick träffa många olika läkare och vårdpersonal. Kvinnorna upplevde detta som jobbigt eftersom de hamnade att återberätta sin historia inför alla. De upplevde det även som att det inte fanns så många inom vården som var insatta i ämnet och läkare kunde även bli irriterade på kvinnan eftersom det inte finns någon orsak och inte någon specifik behandling. Många kvinnor upplevde även att de blev dömda av vårdpersonalen, att smärtan skulle sitta i deras huvud och vara påhittad. Smärtan ansågs även vara orsakad av att kvinnan var känslomässig. (Connor m.fl., 2008; Marriott m.fl., 2008; Sheppard m.fl., 2008).

För att vården av kvinnorna skall bli så bra som möjligt är det viktigt att vårdaren visar att den lyssnar, förstår och tror på det som kvinnan berättar. Det är även viktigt att både

kvinnan men även vårdaren känner sig trygg i situationen eftersom detta ökar chanserna för att kvinnan skall berätta om sitt problem. Det är även viktigt att vårdaren får kvinnan motiverad och förklarar vad syftet med vården är. (Marriott m.fl., 2008; Sheppard m.fl., 2008; Ohl, 2007).

Den vanligaste orsaken till att kvinnan inte uppsöker vård eller slutar med att söka hjälp är enligt forskningarna att kvinnan inte känner sig trodd av läkaren. Dessutom kan det upplevas som tabubelagt att diskutera den egna sexuella driften och det kvinnliga könsorganet. (McGowan m.fl., 2007; Ayling m.fl., 2008).

Enligt Connor m.fl., (2008) ansåg sig många par isolerade från samhället och deras bekantskaper hade svårt att förstå deras problem, de kände sig även annorlunda i jämförelse med andra par. Dock framkom det i studien att många par använt sig av andra metoder för att ha sexuella kontakter än enbart med hjälp av samlaget.

6 Undersökningens genomförande

I det här kapitlet kommer respondenten att beskriva vilka metoder som användes för att samla in den relevanta datan samt vilka tillvägagångssätt respondenten använde sig av för att analysera det insamlade materialet. De metoder som kommer att beskrivas i det här kapitlet är deskriptiv statistik, kvalitativ innehållsanalys samt vad en enkät är.

6.1 Val av informanter

I dagens medier har ämnet smärta vid samlag uppmärksammats på ett sätt där de unga kvinnor som lider av samlagssmärta har varit i fokus. Det som framkommit är att det råder en stor brist på kunskap inom vården. Med den här studien önskar respondenten att kunskapen hos den berörda vårdpersonalen skall öka. Informanterna som kommer att delta i den här studien är unga kvinnor i åldern 18-26 år gamla som studerar på de båda orterna, Åland och Vasa, vid antingen en högskola, universitet, yrkesinstitut eller vid ett gymnasium. Detta eftersom respondenten inte får vända sig direkt till de drabbade kvinnorna utan istället till kvinnor överlag som är i den åldern där flest är drabbade. Antalet deltagare önskades uppnå till 200 stycken där de är jämnt fördelade på de båda orterna. De informanter som blev inbjudna att delta i webbenkät-undersökningen valdes ut utgående från vilken skola som de studerade vid. De skolor som valdes ut skulle vara

skolor där det studerar många kvinnor och att deras ålder stämde in på den åldersintervall som valts.

6.2 Datainsamling med enkäter

Själva ordet enkät kommer ursprungligen från det franska ordet enquête vilket betyder förhör men kan även betyda rundfråga. Det betyder att vissa personer har fått ett frågeformulär efter att ha valts ut genom ett slumpmässigt urval som de skall besvara och sända in tillbaka. (Dahmström, 2005, 76). Med hjälp av en enkät eller ett frågeformulär kan respondenten samla in och mäta olika värderingar och attityder. Det finns två stycken olika typer av enkäter, den ena är ett *strukturerat frågeformulär* och den andra ett *ostrukturerat frågeformulär*. Ett strukturerat frågeformulär består av färdigt nedskrivna frågor medan ett ostrukturerat frågeformulär består av frågor som är beroende av de svar som informanten lämnat tidigare. Den metoden används vanligtvis vid så kallade djupintervjuer. Med hjälp av frågeformuläret skall undersökningens frågeställningar kunna besvaras. Det krävs dock att frågeformuläret är väl utformat och har en hög kvalitet. (Dahmström, 2005, 123). Innan processen med att ta fram en enkät påbörjas bör respondenten enligt Trost (2007, 15) ha ett färdigt syfte med den valda studien. Syftet måste kunna preciseras till någonting speciellt för utgående från syftet görs enkäten. Trost (2007, 59-60) anser att det är viktigt att enkäten är standardiserad och strukturerad. En standardiserad enkät är en enkät där alla informanter besvarar likadana frågor; det finns alltså inte någon variation av frågorna. Detta för att alla informanter skall svara på exakt samma frågor som de andra informanterna. Dessutom kan respondenten på ett bättre sätt jämföra svaren som informanten har lämnat in, eftersom alla har besvarat samma fråga. Med standardiseringen hör det även till att alla enkäter skall skickas ut samtidigt, att de utvalda informanterna får tillgång till enkäten under samma tid. Med strukturering menar Trost (2007, 61) hur enkäten är uppbyggd. Om enkäten är strukturerad har frågorna fasta svarsalternativ medan om enkäten är ostrukturerad innehåller den inte några svarsalternativ utan informanten får själv skriva ner sitt svar.

När respondenten börjar planera sitt frågeformulär är det viktigt att han tar reda på vad som är relevant för ämnet. Det kan göras genom att undersöka om tidigare undersökningar inom ämnet har använt sig av samma metod och vilka frågor har då

använts. Ett annat tillvägagångssätt är att använda sig av så kallade fokusgrupper där gruppen får diskutera ämnet och på det sättet kommer det fram hur ”vanligt folk” tänker om ämnet. När detta har utförts kan respondenten börja utforma frågorna. För varje fråga som skall vara med i frågeformuläret är det viktigt att respondenten tänker igenom varför den frågan är med. Kommer den att hjälpa till vid besvarandet av forskningsfrågorna eller är den icke relevant för studien. Dessutom måste frågan vara utformad på det sättet att informanten vill och kan besvara den utan att hoppa över frågan. Det är därför viktigt att respondenten lägger ner mycket tid på utformningen av frågorna för att det skall bli så genomtänkt som möjligt. (Dahmström, 2005, 124-125).

Enligt Dahmström (2005, 130) är det viktigt att frågorna inte skall vara kränkande eller innehålla stötande och nedvärderande ord, de skall även innehålla ett korrekt språk som är enkelt och förståeligt, inte vara rangordningsfrågor, inte innehålla förkortningar eller fackspråk. Dessutom skall frågorna inte vara ledande eller hypotetiska utan vara neutrala. Det är viktigt att formuläret inte innehåller för många frågor. Förutom att det kan vara svårt att formulera frågorna bör även svarsalternativen ges tid. Respondenten måste besluta hurdana svar det skall vara. Skall det vara *öppna* eller *fasta, slutna svar*. I formuläret kan båda typerna användas eller så kan de användas i kombination med varandra. Med fasta svarsalternativ är det dels lättare för informanten att svara på frågan men även för respondenten att analysera och koda svaret. Med hjälp av en *öppen fråga* får respondenten ett mera kvalitativt svar och därmed ett utförligare och nyanserat svar. (Dahmström, 2005, 131).

Det som är viktigt att tänka på vid utformandet av en enkät är att en fråga skall bara innehålla en fråga för att om det står exempelvis ”*Skall samhället ta ansvar för barnomsorg och äldreomsorg?*” kanske informanten enbart håller med om den ena saken men inte den andra och då har informanten svårt att besvara på frågan. Dessutom bör frågorna inte vara så kallade ”negationer” eftersom då kan informanten tolka frågan fel och svaret som följer stämmer heller inte överrens med det informanten tycker. Frågor som har formulerats på ett långt sätt bör undvikas i mån av möjlighet eftersom informanten kan glömma bort viktig information. (Trost, 2007, 82-86).

6.2.1 Den moderna enkäten - webbenkäten

Med hjälp av en enkätundersökning via internet kan respondenten på ett snabbt och billigt sätt nå ut till informanterna och samla in data. Detta kan ske genom tre stycken olika tillvägagångssätt. Dessa är *frågeformulär med e-post*, *frågeformuläret bifogas som fil i e-post* eller *frågeformuläret är webbaserad*. (Denscombe, 2009, 27-28).

Ett *frågeformulär som sänds med e-post* innebär att frågorna är en del av e-postmeddelandet. Fördelen med denna metod är att det är lätt att utforma formuläret samt att det är lätt för informanten att besvara formuläret. Det enda som informanten behöver göra är att svara på frågorna och klicka på "sänd"-knappen. Nackdelarna är dock att formuläret kanske fylls i på ett slarvigt sätt samt att designen av formuläret är enkel och kanske inte ser så attraktiv ut. Den andra metoden är att *frågeformuläret bifogas med ett e-postmeddelande*. I samband med den metoden ökar möjligheterna för att designen skall bli mera attraktiv. Nackdelen är dock att informanten måste utföra flera handlingar för att besvara formuläret. Eftersom man måste öppna, besvara, spara bilagan och sedan sända in den som en bifogad fil. Den tredje metoden är att *frågeformuläret är webbaserad* vilket betyder att en webbsida innehar frågeformuläret där informanten sedan besvarar frågorna. När denna metod används finns det två fördelar. Det första är att designen kan göras väldigt attraktiv med hjälp av knappar, ramar och ikoner. Till exempel kan informanten besvara frågorna med hjälp av rutor för kryss eller text. Dessutom är det mycket enkelt för informanten att sända in det ifyllda formuläret. Det enda informanten behöver göra är att trycka på "sänd" knappen. Den andra fördelen med denna metod är att svaren från enkäten kan automatiskt inläsas i en databas eller i ett kalkyleringsprogram. Nackdelarna är dock att det krävs att respondenten är tekniskt kunnig. (Denscombe, 2009, 215).

Det som är viktigt att komma ihåg när man utformar enkäten är att det visuella intrycket och utformningen kan påverka svarsfrekvensen. Eftersom det är en rätt så ny datainsamlingsmetod finns det inte så mycket forskning om hur informantens svar påverkas av att den besvaras via internet eller e-post. Dock har det ännu inte påvisats att det skulle finnas någon skillnad mellan en pappersenkät och en webbenkät. Det som dock kan vara en nackdel med denna enkät är att respondenten har svårt att göra ett urval. Eftersom informanten måste ha tillgång till en e-postadress eller till internet. (Denscombe, 2009, 27-28).

6.3 Dataanalys

Eftersom enkäten består av både *öppna frågor* och *slutna frågor* kommer svaren att analyseras genom två olika dataanalysmetoder. För de öppna frågorna som är detsamma som kvalitativ data kommer respondenten att använda sig av kvalitativ innehållsanalys. De frågor som besvarats med slutna frågor vilket är detsamma som kvantitativ data kommer deskriptiv statistik att användas för att analysera den datan med hjälp av tabeller och diagram.

6.3.1 Deskriptiv statistik

Kvantitativ data undersöks genom att göra den insamlade datan till siffror. Datat i sin tur kan sedan delas upp i sex olika typer, eftersom olika statistiska tekniker används till de olika typerna av data. Den första typen är *data på nominalskalenivå* som går ut på att kategorisera och placera svaren. Svar på frågor så som kön, bostadsort och ålder är exempel på frågor som analyseras med hjälp av denna metod. Den andra metoden är *data på ordinalskalenivå* som används vid svar som är rangordnade. Den tredje metoden är *data på intervallskalenivå* används om man jämför redan insamlat material från tidigare år med det material som samlats in senast. Den fjärde metoden är *data på kvotskalenivå* betyder att svaret har en nollpunkt, informanten kan alltså inte svara utanför gränserna. Den femte metoden är *diskret data* används exempelvis för att mäta ett medelvärde av exempelvis barnens ålder med mera. Den sista metoden *kontinuerlig data* går ut på att svaret är inom två intervaller. Till exempel om respondenten vill mäta längden hos informanterna kan svaren vara sådana att den väljer mellan vilka intervaller passar längden in i. (Denscombe, 2009, 328-331).

Med hjälp av diagram och tabeller kan respondenten på ett lätt och behändigt sätt sammanställa den insamlade datan. Tabellen kan visa hur stor procent har besvarat de olika svarsalternativen eller hur många var det som svarade på de olika svarsalternativen. Hur tabellen eller diagrammet utformas beror på hur många olika svarsalternativ frågan har. Om frågan har många olika svarsalternativ är det bättre att använda sig av stapeldiagram där den högsta stapeln har fått mest svar. Om frågan istället har enbart få svar är det behändigt att använda sig av att så kallat tårtdiagram där storleken på bitarna visar hur många som har valt det svaret. (Eliasson, 2006, 70). En tabell som är väldigt enkel att åskådliggöra är en så kallad fyrfältstabell som består av

två stycken frågor och två stycken svar. Den här tabellen sammanställs med siffror för att på det sättet se exempelvis hur många kvinnor och hur många män som svarat på den frågan. (Trost, 2007, 144).

6.3.2 Kvalitativ innehållsanalys

Med hjälp av ord eller visuella bilder analyseras den kvalitativa datan. Denna metod används då respondenten valt att använda sig av exempelvis dokument, observationer eller intervjuer. Dock kan kvalitativ data även samlas in med hjälp av frågeformulär som då innehåller öppna frågor där informanten själva svarar med ord på frågan. För att kunna analysera kvalitativ data måste respondenten utgå ifrån fyra olika principer. Den första är att de slutsatser som respondenten får fram från den analyserade datan måste vara sammankopplade med den ursprungliga datan. Den andra principen är att respondenten måste sätta in sig noggrant i den insamlade datan för att tolkningen skall bli korrekt samt få en mening. Den tredje principen är att respondenten inte skall tolka datan där egna fördomar förekommer eller där respondenten vrider resultatet på grund av kunskap om tidigare forskningar. Den sista principen är att respondenten skall analysera datan i en process som alltid rör sig tillsammans med de begrepp, kategorier som tidigare tagits fram i studien. (Denscombe, 2009, 367-369).

Eriksson (1992, 280) menar att forskaren som analyserar sitt insamlade material med hjälp av innehållsanalys måste kunna sammankoppla sin analys med något specifikt problemområde, teori eller till en deldisciplin. Eriksson (1992, 281-283) anser att för att forskaren skall kunna undersöka sin teori med hjälp av att använda sig av innehållsanalysen krävs det att begreppen och teorin skall vara väl preciserade. Detta för att forskaren skall på ett enkelt sätt veta vad det är som efterfrågas. Innehållsanalysen utgår ifrån en modell. Denna modell går ut på att de data som samlats in skall indelas i olika delar som sedan klassificeras, koder och mäts. Dessutom skall kopplingen till teorin framgå i analysen. För att innehållsanalysen skall bli tillräckligt tillförlitlig krävs det av forskaren att han lägger ner mycket tid och omsorg på innehållet samt processen. Innehållsanalysen består av en process som börjar med att forskaren utformar uppdraget. Därefter skall forskaren välja hurudan data som skall analyseras, detta skall sedan indelas i olika kategorier eller delar som möjliggör påbörjande av analysen. Innehållet kan indelas i kontextenheter, registreringsenheter, mätenheter och resultatenheter. I takt med att analysen pågår behöver forskaren ofta ta hjälp av den

teoretiska referensramen. Jacobsen (2007, 139) beskriver att det första forskaren skall göra är att leta reda på vilka olika kategorier som är mest relevanta för arbetet. Detta eftersom det är kategorierna som skapar textens struktur. Detta görs bäst genom att ta fram olika teman och utgående från dem ta fram kategorierna. När forskaren placerar den insamlade data i olika kategorier betyder det att han lägger samman delar av innehållet som liknar varandra eller handlar om samma tema med mera i mindre kategorier.

6.4 Undersökningens praktiska genomförande

Den här studien är ett beställningsarbete från primärvården på Åland, det var respondenten själv som tog kontakt med beställaren och frågade ifall de var intresserade av detta ämne. De tyckte att det lät mycket intressant och respondenten fick klartecken att påbörja processen av detta examensarbete. Respondenten skrev sedan tillsammans med beställaren under ett beställningsavtal (se bilaga 1). När respondenten påbörjade processen av denna studie var tanken att studien skulle bli en kvantitativ studie som skulle ha som mål att öka intresset och kunskapen om detta ämne. Men i takt med att arbetet har förlöpt och respondenten blivit mer och mer insatt i ämnet, ändrades tankebanan. Nu vill respondenten istället att denna studie dels skall öka kunskapen hos berörd vårdpersonal men även att folk i allmänhet skall se det tysta, hemliga lidande som dessa unga kvinnor lider av idag. Ju längre in i arbetet som respondenten kom desto klarare blev målet, målet var att deras hemligheter skall öppnas för det offentliga. Samma sak gäller synen på sex och samlag, respondenten vill även med detta arbete att synen skall ändras. Den skall ändras från att mestadels ha fokuserat på samlag som enbart en form att vara intim med andra människor till att bli en syn där det sexuella livet har en mycket stor påverkan på hela vår kropp och vårt liv vad gäller det psykiska, fysiska och sociala planet.

Denna studie var tänkt att bli en jämförande studie mellan de båda orterna, Vasa och Åland, men på grund av det låga deltagarantalet från Åland gick detta inte att genomföra. Det låga antalet informanter som deltog från Åland kan dels förklaras genom att de flesta åländska kvinnor i de valda åldrarna oftast väljer sin studieort utanför Åland vilket leder till att det är svårt att nå dessa ålänningar. Dessutom fick respondenten inte något godkännande från skolorna på andra stadiet på Åland.

Dessutom kan den stora mängden informanter från Vasa förklaras genom att informanten hade svårt att nå enskilda studeranden vid skolorna vilket ledde till att en stor mängd studeranden bjöds in och en stor mängd studeranden besvarade enkäten. På grund av tidsbrist kunde respondenten inte heller vänta på att rektorerna vid skolorna skulle besvara inbjudan. Respondenten valde därför att inte utföra en jämförande studie mellan de båda orterna utan istället en empirisk studie som skall öka förståelsen för detta fenomen, för den drabbade kvinnan och som sexualiteten som en viktig beståndsdel i att må bra på alla plan. Genom detta kan fortsättningsvis beställaren ha möjlighet att använda sig av detta arbete eftersom studien bidrar med en större kunskap och förståelse för fenomenet smärta vid samlag.

6.4.1 Insamlande av artiklar

De artiklar som används i arbetet samlades in dels genom manuell sökning samt genom databassökning. De databaser som användes för att samla in vetenskapliga artiklar var EBSCO, Cinahl, SpringerLink och PUBMED. Respondenten gjorde den manuella sökningen i tidningar så som Läkartidningen, Lääkärilehti, Vård i Fokus, och Duodecim. De sökord som respondenten använde sig av för att söka artiklar var *vulva pain, coping, caring, nursing, vulvodynia, dyspareunia, women, sexual health, intercoruse, experience* och *pain*. Kriterierna för artiklarna var att de skulle vara publicerade mellan år 2005-2011 samt vetenskapligt granskade. Tio artiklar valdes ut som berörde ämnet smärta vid samlag. Artiklarna delades sedan upp i två stycken grupper vad gäller vården och bemötande.

6.4.2 Insamlande av data

För att samla in data använde sig respondenten sig av webbaserade-enkäter. Respondenten valde att använda sig av en webbaserad-enkät eftersom det valda ämnet kan upplevas som väldigt intimt och känsligt att besvara för hand på en offentlig plats. Med hjälp av denna typ av enkät kan informanterna välja själva när de besvarar enkäten samt att de kan besvara enkäten hemma i den trygga miljön. Respondenten tror även att det höga deltagarantalet kan förklaras genom att enkäten besvarades via datorn.

Enkäten konstruerades i webbenkätprogrammet SelectSurvey.net där Yrkeshögskolan Novia innehar en licens. Enkätens språk var svenska. För att respondenten skulle vara säker på att de frågor som ställdes i enkäten hade någon anknytning med bakgrundsmaterialet som finns i studien skrevs den delen först, detta för att säkerhetsställa att respondenten faktiskt skulle ha användning av alla frågorna.

Enkäten som bestod av fem sidor indelades i fem olika delar som namngavs med *Informanten, Samlagssmärta, Vården, Bemötande från vårdpersonal och Vården överlag* detta eftersom det blev lättare dels för respondenten att utforma enkäten men även för informanten som då får lättare att veta vad den specifika delen exakt handlade om. Enkäten bestod av 32 frågor varav 22 av frågorna var slutna, tre var värderingsfrågor och sju av frågorna var öppna frågor där informanten fick själv besvara frågan med egna ord.

När enkäterna var färdiga och godkända av handledaren skrev respondenten ett skilt brev till rektorerna eller enhetscheferna vid de utvalda skolorna (se bilaga 2 och 3). I detta brev beskrev respondenten syftet med studien och hur den skulle gå tillväga. Respondenten ville med detta brev att rektorn eller enhetschefen vid skolan skulle ge sitt medgivande till att denna webbenkätundersökning utfördes vid deras enhet. Respondenten fick därefter svar där de gav sitt godkännande, den ena skolan hade även skriftligt intygat att undersökningen får tillstånd att utföras (se bilaga 4). Dock fick inte respondenten ett godkännande från en större skola. Istället ansåg rektorn att respondenten skulle be om ett godkännande från kåren vid skolan. På det sättet kunde respondenten få använda sig av kårens informationsmejl som sänds ut åt studerandena vid enheten en gång i veckan. Respondenten gjorde detta och fick klartecken från den berörda kåren. På grund av att webbenkäten inte sändes till enskilda studeranden så blev respondenten tvungen att komprimera följbrevet till dessa studerande (se bilaga 5).

Efter att respondenten fått klartecken från alla skolor sändes ett nytt mejl ut som tackade för visat intresse och som innehöll följbrevet (se bilaga 6) samt länken till enkäten. Genom länken kom studeranden direkt till webbenkätundersökningen. Eftersom enkäterna inte sändes ut till ett exakt antal studerande så är det väldigt svårt för respondenten att exakt kunna räkna ut ett bortfall. Men med hjälp av webbenkäten har respondenten kunnat vända sig ett ofantligt stort antal studeranden vilket möjliggjort att respondenten fått in ett mycket stort antal svar. Efter tre veckors svarsinsamlande valde

respondenten på grund av tidsbrist att avsluta insamlandet och det slutliga deltagarantalet blev 148 kvinnor. Målet var 200 deltagande kvinnor men respondenten ansåg efter att ha läst igenom alla svar att antalet var tillräckligt för att kunna utföra en analys av svaren.

När informanterna hade besvarat enkätens frågor sparades svaren på webbportalen och respondenten sammanförde sedan resultatet i Microsoft Excel. Med hjälp av detta program kunde respondenten skapa diagram för att kunna framställa resultatet på ett överskådligt sätt, detta program gjorde även att respondenten kunde ställa vissa frågor mot varandra. Även de öppna frågornas svar sparades i databasen under den specifika frågan. Detta gjorde att respondenten kunde på ett lätt sätt sammanställa svaren. De öppna frågornas svar analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys och ställdes upp i kategorier och underkategorier. När resultatet hade analyserats tolkades datan emot de valda teoretiska utgångspunkterna samt emot tidigare forskning, några svar tolkades även emot den tidigare bakgrunden. Hela arbetet granskades kritiskt utgående från Staffan Larssons kvalitetskriterier.

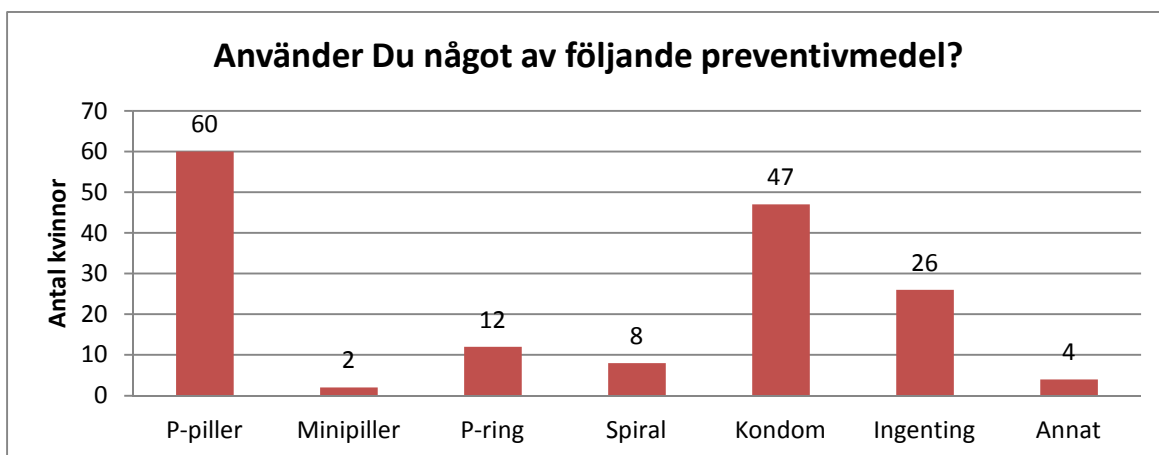
7 Resultatredovisning

I det här kapitlet kommer respondenten att sammanställa den data som samlats in med hjälp av de webbenkäter som respondenten skapade. Webbenkätens slutna frågor kommer att redovisas i deskriptiv form med hjälp av stapeldiagram och cirkeldiagram. De öppna frågorna som ingick i webbenkäten kommer att redovisas med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Respondenten har med hjälp av denna metod delat in dessa svar i kategorier och i underkategorier. Kategorierna är märkta med **fet stil** medan underkategorierna är märkta med *kursiv stil*. Dessutom har citat från de öppna frågorna tagits med i resultatet för att på det sättet skapa en bättre och djupare förståelse för resultatet. I slutet av detta kapitel kommer respondenten att använda sig av några utvalda frågor för att se om det finns något samband med dessa frågor och att lida av smärtsamma samlag. Hela enkätens svarsantal redovisas som en bilaga samt enkäten som de deltagande kvinnorna besvarade (se bilaga 7 och 8).

7.1 Informanten

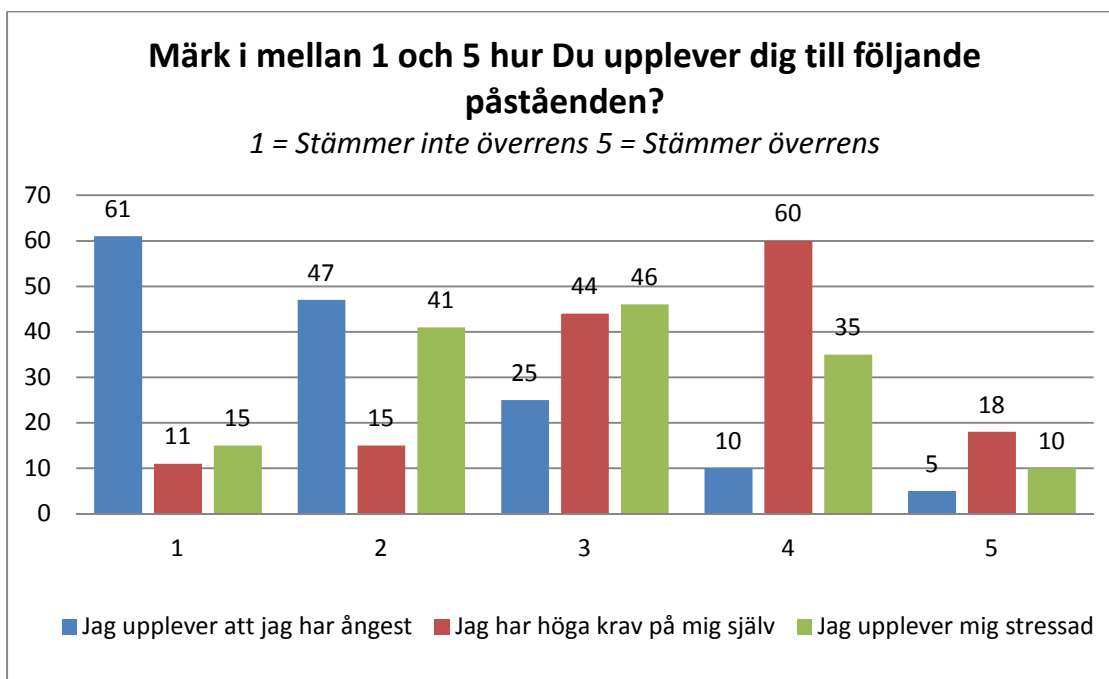
I studien var det 148 kvinnor som deltog i åldern 18-26 år. På grund av att enkäten även sändes ut till äldre kvinnor fanns det svarande som var äldre än 26 år gamla. På grund av den breda åldersfördelningen har respondenten valt att fördela deltagarna i mindre grupper så som 18-20 år, 21-23 år, 24-26 år och äldre än 27 år. Av de kvinnor som deltog i studien var det 35 kvinnor som var i åldrarna 18-20 år (24 %), 66 kvinnor som var i åldrarna 21-23 år (45 %), 37 kvinnor som var i åldrarna 24-26 år (25 %) och 10 kvinnor var 27 år eller äldre (7 %). Av de sistnämnda var den äldsta deltagaren 46 år gammal. I studien deltog kvinnor från två orter: Åland och Vasa. Från Åland deltog 10 kvinnor (7 %) och från Vasa deltog 138 kvinnor (93 %). Enkäterna sändes ut till kvinnor som studerade vid någon typ av skola. De skolor som blev inbjudna att delta i studien var ett universitet, två yrkeshögskolor, tre yrkesinstitut och ett gymnasium. Dock deltog inte gymnasiet eller de valda yrkesinstituten i undersökningen och därför tas dessa två svarsalternativ bort från resultatredovisningen. I studien deltog 98 kvinnor (66 %) som studerade vid en yrkeshögskola, 49 kvinnor (33 %) som studerade vid ett universitet och en deltagare (1 %) hade valt svarsalternativet Annat, Vad. De kvinnor som deltog i studien blev utfrågade om de lever i ett förhållande och i så fall hurudant förhållande. Det som framkom var att 17 av kvinnorna var gifta (11 %), 72 kvinnor levde i samboförhållande (49 %), 37 kvinnor hade pojkvän/flickvän (25 %), 19 av kvinnorna hade inte något förhållande (13 %) och 3 kvinnor (2 %) valde alternativet annat där en kvinna skrev att hon var separerad men fortfarande gift, en var särbo och en kvinna hade fyllt i att hon var förlovad.

Kvinnorna som deltog utfrågades även om val av preventivmedel. Där framkom det att 60 kvinnor använde sig av p-piller (41 %), två kvinnor använde sig av minipiller (1 %), 12 kvinnor använde sig av p-ring (8 %), åtta kvinnor använde sig av spiral (5 %), 47 kvinnor använde sig av kondom (32 %), 26 kvinnor använde inte något preventivmedel (18 %) och fyra kvinnor (3 %) hade valt svarsalternativet annat som då stod för graviditet, amning och en hade inte fyllt i vad annat stod för. Vid denna fråga kunde de deltagande kvinnorna välja flera svarsalternativ och därför är antal svar större än antal svarande. Figur 2 redovisar svarsresultatet för de deltagande kvinnornas val av preventivmedel.



Figur 2. Informanternas användande av preventivmedel.

Webbenkäten innehöll tre värderingsfrågor. Respondenten ville ta reda på hur de svarande kvinnorna upplevde sig till tre påståenden. Figur 3 redovisar resultatet på frågan. Det var en svarande som inte besvarade påståendet om hon upplever sig stressad.



Figur 3. Hur de svarande upplever sig till de valda påståendena.

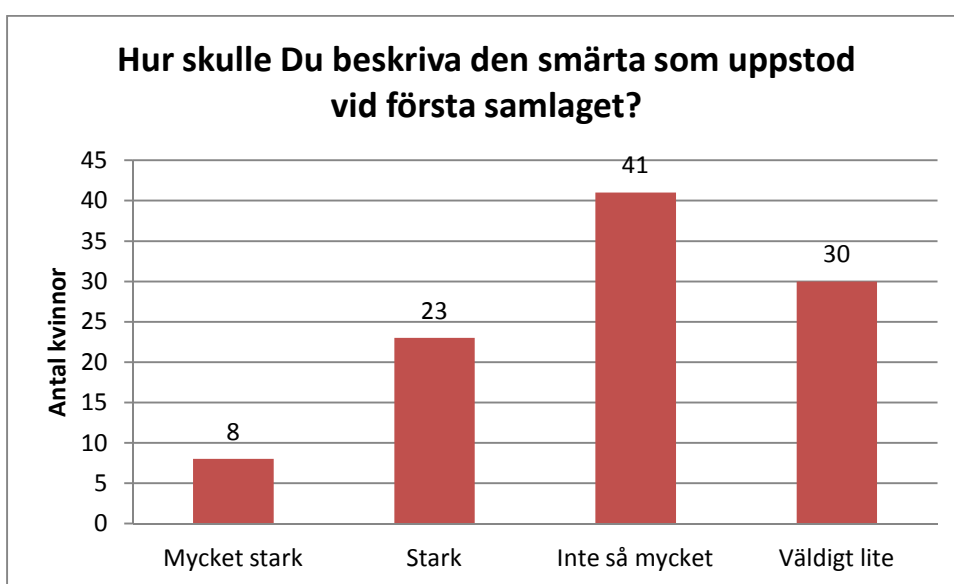
De deltagande kvinnorna fick besvara frågan om de hade haft samlag och där framkom det att 127 av kvinnorna som deltog (96 %) hade haft samlag medan det var fem kvinnor som inte hade haft samlag (4 %). Vid denna fråga var det 16 kvinnor som inte besvarade frågan. Kvinnorna utfrågades om de hade upplevt smärta vid det första

samlaget och där framkom det att 79 av kvinnorna upplevt smärta vid första samlaget (60 %) medan 53 kvinnor inte hade upplevt smärta vid första samlaget (40 %).

Därefter frågades kvinnorna ifall de blödde vid det första samlaget. Vid denna fråga fick kvinnorna bedöma blödningen utgående från svarsalternativen *mycket*, *inte så mycket*, *lite* och *ingenting alls*. Även på denna fråga var det 16 kvinnor som inte besvarade frågan. Åtta av kvinnorna (6 %) ansåg att de blödde mycket vid det första samlaget, nio kvinnor blödde inte så mycket (7 %), 44 kvinnor blödde lite (33 %) och 71 kvinnor blödde inte någonting alls (54 %).

Kvinnorna som deltog i studien fick besvara om de kände sig sexuellt aktiva. Det som framkom var att 109 av kvinnorna (83 %) upplevde sig sexuellt aktiva, 10 av kvinnorna (8 %) upplevde sig inte sexuellt aktiva och 13 av kvinnorna (10 %) visste inte om de var sexuellt aktiva. Vid denna fråga var det 16 kvinnor som inte besvarade frågan.

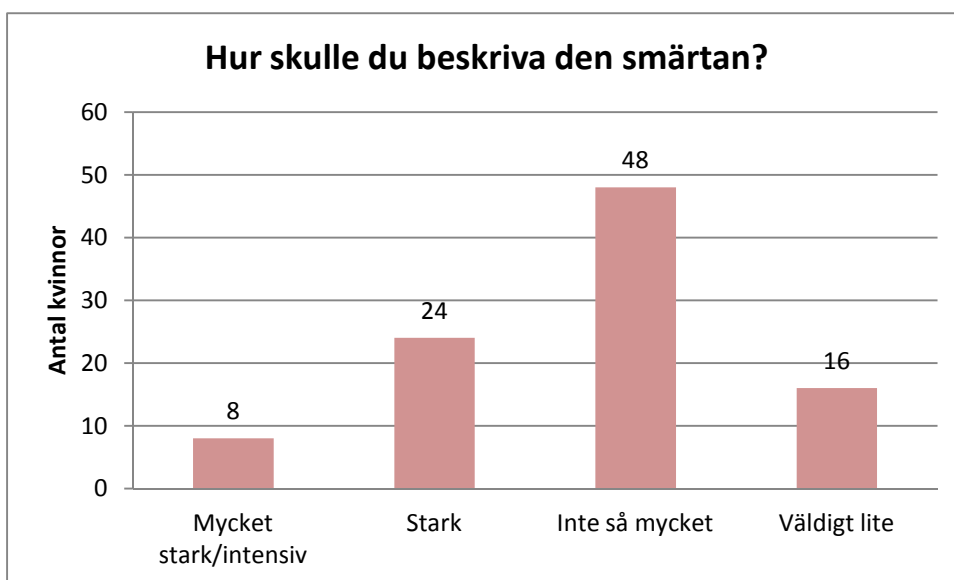
De kvinnor som hade upplevt smärta vid det första samlaget fick även besvara hur stark smärtan hade varit genom att värdera den från mycket stark till väldigt lite. Det som framkom var att åtta kvinnor upplevde en mycket stark smärta vid det första samlaget (6%), 23 kvinnor upplevde en stark smärta (17 %), 41 kvinnor upplevde inte så mycket smärta (31 %) och 30 kvinnor upplevde en väldigt liten smärta vid det första samlaget (23%). På denna fråga var det 16 kvinnor som inte besvarade frågan. Figur 4 redogör för hur stark smärtan vid det första samlaget var för kvinnorna.



Figur 4. Informanternas upplevda smärta vid det första samlaget.

Vid frågan om de svarande kvinnorna även upplevt smärta vid andra samlag svarade 89 kvinnor att de upplevt smärta vid andra samlag (67 %) och 43 kvinnor att de inte upplevt smärta vid andra samlag (33 %). Vid denna fråga var det 16 stycken som inte besvarade frågan.

Kvinnorna fick beskriva den upplevda smärtan som uppstått vid andra samlag. Där framkom det att åtta kvinnor (6 %) upplevt en mycket stark/intensiv smärta under samlag, 24 kvinnor (18 %) upplevt en stark smärta, 48 kvinnor (37 %) hade upplevt inte så mycket smärta och 16 kvinnor (12 %) hade upplevt väldigt liten smärta vid andra samlag (se figur 5). Denna fråga besvarades inte av 17 kvinnor.

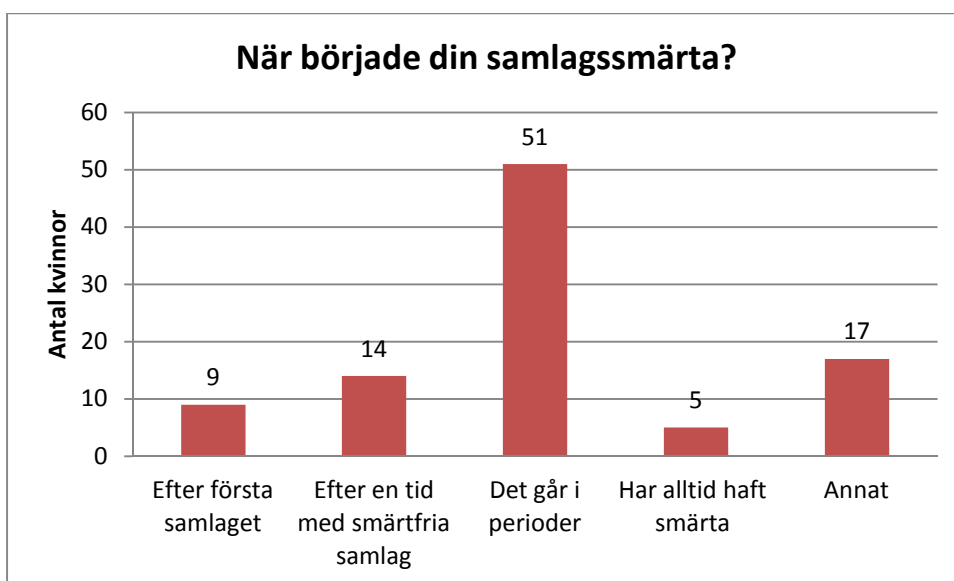


Figur 5. Hur stark är den upplevda samlagssmärtan.

Vid frågan som handlade om när smärtan vid samlag har uppstått hos de svarande kvinnorna framkom det att smärtan vid samlag uppstod hos 12 kvinnor före samlaget (9%), under samlaget hos 79 kvinnor (60 %) och efter samlaget hos 42 kvinnor (32 %). Vid denna fråga var det 17 kvinnor som valde att inte besvara frågan.

Kvinnorna som svarat på enkäten fick svara om de kan ha samlag utan att det gör ont. Där framkom det att 72 kvinnor (55 %) kan oftast ha samlag utan att det gör ont, 20 kvinnor (15 %) kan ibland ha samlag utan att det gör ont, fem kvinnor (4 %) kan enstaka gånger ha samlag utan att det gör ont och tre stycken kvinnor (2 %) kan inte ha samlag utan att det gör ont. Vid denna fråga valde 17 kvinnor att inte besvara frågan.

Det framkom i studien att hos nio kvinnor (7 %) hade deras samlagssmärta uppkommit direkt efter det första samlaget, 14 kvinnor (11 %) svarade att smärtan uppkommit efter en tid med smärtfria samlag, hos 51 kvinnor (39 %) går smärtan i perioder, fem kvinnor (4 %) har alltid haft smärta vid samlag, och 17 kvinnor (13 %) valde alternativet annat där de sedan skrev att deras smärta uppkommit före menstruationen skall komma, efter barnafödelse, haft samlag för ofta och under tiden som de ätit p-piller eller använt sig av p-ring (se figur 6). Det var 35 kvinnor (27 %) som inte upplevt smärta vid samlag och 17 kvinnor som inte besvarade frågan.



Figur 6. När samlagssmärtan uppkommit hos kvinnorna.

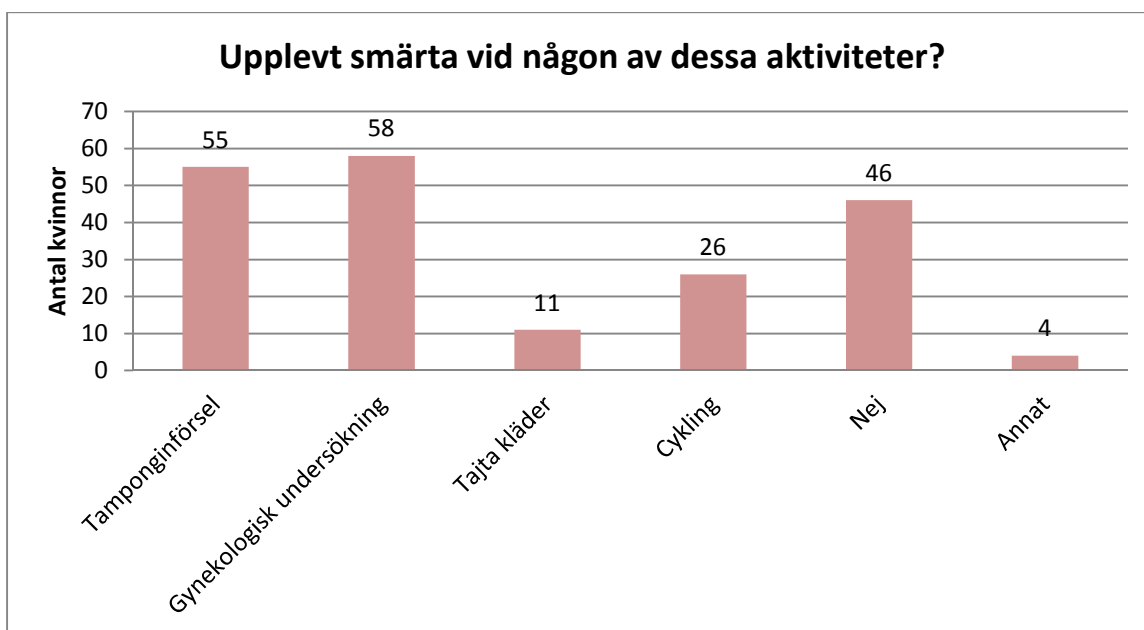
Kvinnorna fick även besvara under hur lång tid som de har upplevt smärta vid samlag. Det som framkom var att 33 kvinnor (25 %) upplevt smärtan under 0-2 månader, 6 kvinnor (5 %) upplevt smärta under 2-4 månader, tre kvinnor (2 %) upplevt smärta vid samlag under 4-6 månader och 48 kvinnor (37 %) hade upplevt smärta vid samlag längre än sex månader. Vid denna fråga var det 17 kvinnor som inte besvarade frågan.

7.2 Samlagssmärtans påverkan på de drabbade kvinnorna

Den här delen av resultatet kommer att redovisa hur smärtan påverkade de deltagande kvinnorna vad gäller smärta vid andra aktiviteter som inte är sammankopplade med sexuella aktiviteter och på dem själva och deras förhållande.

7.2.1 Upplevelser av smärta vid andra aktiviteter

Kvinnorna svarade om de har upplevt smärta vid någon annan aktivitet som inte är sammankopplad med samlag. Vid denna fråga fick kvinnorna välja flera svarsalternativ vilket gjorde att den sammanlagda mängden svar översteg antalet svarande i hela enkäten. Det som framkom var att 55 kvinnor har upplevt smärta vid tampongingförsel (42 %), 58 kvinnor upplevt smärta vid en gynekologisk undersökning (44 %), 11 kvinnor vid användande av tajta kläder (8 %), 26 kvinnor vid cykling (20 %), 46 kvinnor hade fyllt i att de inte upplevt smärta vid någon aktivitet (35 %) och fyra kvinnor hade valt alternativet annat där de skrev att de upplevt smärta vid ridning, uttagande av tampong och samlag efter ett missfall. Figur 7 redovisar resultatet som framkom från denna fråga.



Figur 7. Informanternas upplevelse av smärta vid aktiviteter som inte har med samlag att göra.

7.2.2 Valet att utföra ett samlag

Kvinnorna frågades om de har haft samlag fastän det gjort ont. Då framkom det att 72 kvinnor (76 %) valt att ha ett samlag fastän det gjort ont, medan 23 kvinnor (24 %) valt att inte utföra samlaget. Vid denna fråga var det 17 kvinnor som valde att inte besvara frågan.

De kvinnor som svarade jakande på frågan om de hade haft samlag fastän det gjort ont fick förklara med egna ord varför de valt att ha samlag. Vid denna fråga var det 64 kvinnor som valde att besvara frågan med egna ord. När svaren sammanställdes om varför dessa kvinnor väljer att ha samlag fastän det kommer att ta ont framträdde fem kategorier; **Ont ibland, Tillfredsställande av partnern, Vet orsaken, Av egen vilja och Önskan om förbättring och förändring**. Under dessa kategorier framträdde mindre underkategorier.

I kategorin **Ont ibland** framträdde underkategorierna *Svag smärta* och *Samlagsställningar*. Med *Svag smärta* beskrev ett flertal kvinnor att smärtan enbart känts under en mycket kort tid och som väldigt svag. De ansåg att smärtan gått om väldigt fort. Dessutom kändes smärtan enbart i början av samlaget och därför var det värt att fullfölja hela samlaget eftersom det goda övervinner det onda.

”Det har inte gjort så jätte ont, bara lite någon gång under samlaget en liten stund”

”Gör bara ont ibland och inte hela tiden. Det är värt det.”

I den andra underkategorin *Samlagsställningar* beskriver kvinnorna att smärtan enbart uppstår vid vissa samlagsställningar, en kvinna tog fram att smärtan uppstod när hennes partner tog henne bakifrån. En annan kvinna tog fram att hon brukar kunna anpassa sig under samlaget så att det inte skall göra lika ont.

”Det tar sjukt endast i vissa ställningar, så om jag anpassar mig går det bra vissa gånger”

”Vid vissa ställningar gör det inte lika ont”

Den andra kategorin som togs fram var **Tillfredsställande av partner**. I den kategorin framträdde tre underkategorier; *Press*, *Vill att partnern skall njuta* och *Vill inte göra den andra besviken*.

Med *Press* framkom det i svaren att de blivit påtvingade av pojkvännen att ha samlag och att man upplevt sig pressad till att ha samlag. Dessutom framkom det en oförmåga att säga nej till samlag fastän man vet om att det kommer att ta ont.

”Oförstående pojkvän - blev tvingad”

”Har inte vågat säga nej”

”Känt press att ha samlag”

Den andra underkategorin *Vill att partnern skall njuta* togs fram genom att de inte vill sluta med samlaget för att partnern skall bli tillfredsställd. Kvinnorna ville även tillfredsställa sina partners och hade respekt för dem. De framkom även att kvinnorna gör det för partnern och att samlag är någonting som hör till ett förhållande och man har inte orkat säga nej till att ha samlag utan haft det ändå fastän det gjort ont.

”Viljan att tillfredsställa min partner”

”Av respekt för den andra”

”Fortsatt för sambons skull”

”Samlag hör väl till ett parförhållande”

Den sista underkategorin *Vill inte göra den andra besviken* framkom genom att kvinnorna beskriver rädslan för att partnern skall bli besviken på kvinnan för att hon inte kan utföra samlaget

”För att inte göra sexpartnern besviken”

”Vill inte göra partner besviken, ibland har partner fortsatt fast jag sagt att det gjort ont”

Den tredje kategorin som togs fram var **Vet orsaken** och som underkategorier togs *Fått diagnos*, *Kroppsliga orsaker* och *Den egna upphetsningen* fram.

I underkategorin *Fått diagnos* berättade en kvinna att hon fått en Vestibulitdiagnos och vet därför varför det gör ont.

”Jag har diagnosen Vestibulit, så jag vet mycket väl varför det gör ont och hur man ska göra för att minska det”

I den andra underkategorin *Kroppsliga orsaker* framkom det av kvinnorna att smärtan uppstår på grund av att hon efter förlossningen fått ett ärr som gör att det svider vid samlag. En annan kvinna berättar om att ett litet sår vid slidmynningen orsakat smärtan och det gått att fullfölja samlaget när penisen trängt förbi såret.

”Jag har ont i ärret från förlossningen, inte jätteont, men jag känner nästan varje gång av det. En svagt svidande känsla. Inte mycket att göra åt!”

”T.ex. man har haft sår vid slidmynningen och det gått om bara penis trängt in”

I underkategorin *Den egna upphetsningen* berättade kvinnorna om att smärtan troligtvis berott på att de inte varit tillräckligt upphetsade. En kvinna förklarade att smärtan går om desto mer våtare hon blir i underlivet. En annan orsak till att kvinnan haft samlag fastän det gjort ont kan enligt en kvinna vara att hon upplever sig som ovan och att smärtan inte kommer vid varenda samlag.

”Det brukar oftast bli bättre efter en stund och det gör mest ont vid penetrering. När jag är tillräckligt upphetsad och våt, tar det inte lika sjukt, men det blir ganska ömt.”

”För att jag antar att det bara beror på att jag har varit ovan, och ibland tar det inte ont”

”För att få lubrikationen i gång, sedan blev det bättre”

”Som jag ser det så beror min samlagssmärta på att jag inte hinner bli lika upphetsad som min partner innan samlaget är igång”

Den fjärde kategorin **Av egen vilja** framkom genom att kvinnorna berättat att de själva haft behov av att ha samlag och kvinnorna har varit upphetsade. Samlaget har även varit en viktig beståndsdel i sexlivet och kvinnorna vill inte ge upp den biten. En kvinna beskrev att hon helt enkelt varit ung och dum.

”Känt behov av att ha samlag”

”Är man kåt, så är man”

”Det känns som en viktig del av sexlivet och jag vill inte ge upp den biten”

”Det är skönt trots att det svider”

Den femte kategorin **Önskan om förbättring och förändring** indelades i mindre underkategorier så som *Övergående*, *Inre önskan* och *Vänjning*.

Med underkategorin *Övergående* beskrev många kvinnor att smärtan brukar gå om av sig själv och att det är svårt att sluta när man är upphetsad. Ett sätt att få smärtan att gå om är att inte tänka på den och försöka njuta av samlaget.

”Det går oftast om efter en tid in i samlaget”

”För att det känns svårt att sluta mitt i när man ändå är upphetsad, och jag vet att det brukar gå om efter en liten stund”

”Smärtan brukar oftast gå om om jag slappnar av och låter bli att tänka på den, då blir jag även mera våt och smärtan går om.”

I underkategorin *Inre önskan* beskrev kvinnorna en inre önskan om att det skulle bli bättre att det skulle gå om.

”I hopp om att det skulle gå om under samlaget”

”Har trott/hoppats det ska gå över”

Den sista underkategorin *Vänjning* framkom det av många kvinnor att de trodde att om de vände sig med smärtan skulle det bli bättre, eller genom att de tänjde och vände sidan med penisen så skulle det inte ta lika ont. En kvinna förklarade även att hon vill pröva sig fram för att hitta samlagssätt som inte tar ont.

”Man vill ju tro att det ska bli bättre om man ”övar” och kanske blir vanare och mer uttänjd.”

”För att ”vänja” mig med smärta och provar fram vad som är bra.”

7.2.3 Samlagssmärtans påverkan på de drabbade kvinnorna och förhållandet

Kvinnorna fick svara om de ansåg att deras samlagssmärta är ett problem för dem själva och om det är ett problem för deras förhållande. Det som framkom var att 30 kvinnor (32 %) ansåg att smärtan var ett problem för dem själva medan det var 64 kvinnor (68%) som ansåg att det inte var ett problem för dem. Dessutom framkom det att 21 kvinnor (23 %) ansåg att smärtan var ett problem för deras förhållande medan det var 72 kvinnor (77 %) som inte ansåg att det var ett problem för deras förhållande. Vid bägge frågorna var det 17 kvinnor som valde att inte besvara frågan.

De kvinnor som ansåg att deras samlagssmärta påverkade dem själva eller deras förhållande fick beskriva med egna ord på vilket sätt smärtan påverkade dem. Denna fråga besvarades av 24 kvinnor medan 124 kvinnor valde att inte besvara frågan. Svaren som framkom vid denna fråga delades in i sex kategorier; **Psykiskt påfrestande**, **Påfrestande på förhållandet**, **Vetskap om smärtan**, **Ingen njutning**, **Sexlusten** och **Övrigt**. I dessa kategorier togs även underkategorier fram.

I den första kategorin **Psykiskt påfrestande** togs underkategorierna *Frustration* och *Skuld* fram. Med *Frustration* tar kvinnorna fram hur frustrerande det är att återigen behöva avbryta ett samlag på grund av att det tar ont. Dessutom känns det väldigt begränsande och jobbigt att inte kunna ha samlag med sin partner utan att det gör ont. En kvinna tar fram hur frustrerande det är att inte kunna bestämma över sin egen sexualitet. Dessutom tas frustrationen hos den andre partnern fram, eftersom partnern inte vill ha sex med kvinnan om det tar ont men hur vet partnern att det tar inte tar ont. Och om de har samlag vågar partnern inte lita på sin kvinna att hon vill ha samlag med partnern och inte enbart gör det för den andres skull.

”Efter att ha tvingats avsluta ännu ett samlag känner jag stor ångest och får skuld känslor. Jag stänger ute min partner helt och hållet och vill helst krypa under täcket och försvinna”

”För att känslan av att inte kunna bestämma över sin sexualitet är frustrerande. En känsla av maktlöshet och oduglighet uppkommer och man känner sig som en "halv kvinna".”

”Att orsaka lidande hos någon annan är ingenting man vill göra, så det leder till en negativ spiral: Har hon ont nu? Kan jag stöta på henne utan att bli avvisad för just det faktumet att hon har ont? Och framför allt, om hon vill, kan jag vara säker på att hon inte bara fejkar det? (vad jag förstått på min karl är det som går i huvudet på honom och det lägger spåren i huvudet på mig)”

Med den andra underkategorin *Skuld* tar kvinnorna fram känslor som att inte duga för sin partner för att man inte kan ha samlag som alla andra människor. En annan kvinna tar fram hur otillräcklig hon känner sig inför sin partner fastän partnern var förstående. Med skuld kom även fram hur partnern upplever skuld inför att ha förorsakat smärtan genom att inte ha tillräckligt långt förspel med kvinnan.

”känsla av att inte duga”

”Jag kände mig så misslyckad och otillräcklig fast min sambo var väldigt förstående och pressade mig aldrig!”

”För min pojkvän kan int förstå att det tar sjukt, eller så tror han att det är hans fel för att han inte hade längre förspel”

Med kategorin **Påfrestande på förhållande** tog kvinnorna fram att det sexuella förhållandet hämmas på grund av att kvinnan upplever smärta vid samlag. Något som kvinnorna tar fram ofta är hur förhållandet påverkas negativt när sexlivet inte blir lika spontant och att man inte har samlag lika ofta som förut.

”Det gör att sex inte blir så spontant. Det hämmar det sexuella förhållandet när den ena har ont, och den andra inte vill orsaka smärta, då blir det knepigt”

”Tär på förhållande eftersom jag känner att jag inte kan tillfredställa min sambo.”

”För förhållandet för det avskräcker mig från att ha sex/vara intim med min partner och partnern har svårt att förstå”

”Jag vill inte ha sex lika ofta som tidigare på grund av smärtan vilket leder till problem i mitt förhållande”

I den tredje kategorin **Vetskap om smärtan** berättar kvinnorna om hur deras lust inför samlag minskar eftersom de vet om att det kommer att ta ont. En kvinna tar fram hur hon stressar extra mycket inför samlag eftersom hon vet om att det tar ont.

”Jag har ingen lust att ha sex eftersom jag vet att det bara kommer att vara obehagligt för mig”

”Det känns ju aldrig behagligt att ha sex som också gör ont, så ibland gör det att jag stressar mer för sex än vad jag borde.”

”Man vill inte ha sex och man nekar ofta sambon till sex”

I den fjärde kategorin **Ingen njutning** tar kvinnorna upp hur de inte klarar av att njuta av samlaget. En kvinna tar upp att hon inte har kunnat ha ett enda samlag som inte tagit ont och har därför inte kunnat njuta av samlag.

”Smärtnen är ett problem eftersom jag har svårt att njuta.”

”Det går inte att njuta av samlaget på samma sätt.”

”Ett problem för mig på det sättet att jag inte ännu har upplevt att samlag (penetrering) är skönt för mig, utan det krävs annat till för att jag skall kunna njuta av det.”

Med kategorin **Sexlusten** kommer ett gemensamt svar fram som är att kvinnans sexlust har minskat eller att de inte har någon sexlust mera.

”Sexlusten är på noll.”

”Leder till minskad lust.”

I kategorin **Övrigt** tar kvinnorna fram att de känner sig illa till mods men att de vet orsaken. En kvinna vet om att smärtan stör henne men att hon har inte någon ork att göra någonting åt problemet.

”Jag känner mig illa till mods men jag vet ju orsaken, inte varit tillräckligt upphetsad eller känt mig obekväm”

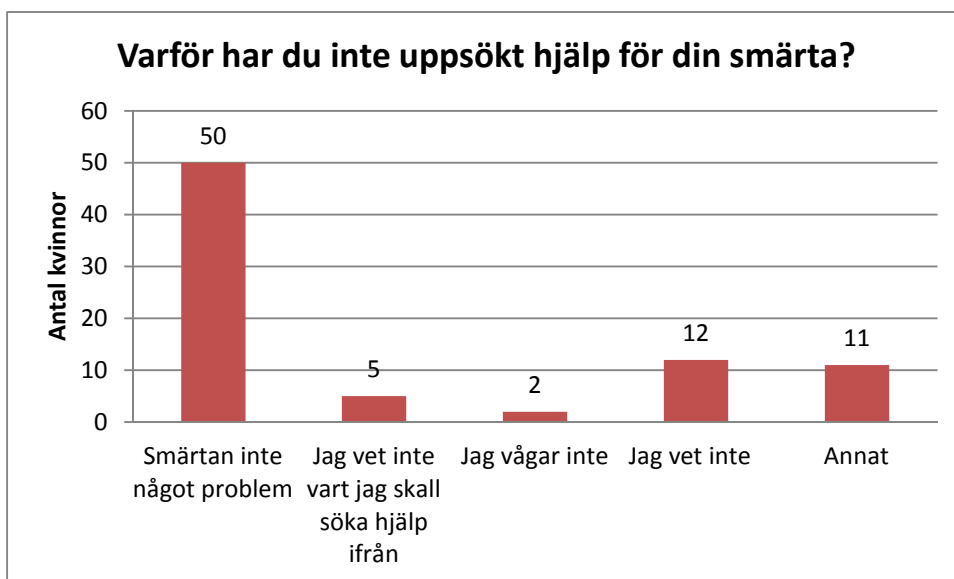
”Det stör ju nog, men orkar inte mera bry mig så mycket om det.”

7.3 Vård och hjälp som erbjuds drabbade kvinnor som lider av smärta vid samlag

Denna del av webbenkäten tar upp frågor som rör sökande av vård och ifall kvinnan fått någon hjälp. Den första frågan i denna del berörde om kvinnorna har sökt någon hjälp för sin smärta. Det som framgick i resultatet var att 18 kvinnor (19 %) sökt hjälp för sin smärta medan 75 kvinnor (81 %) inte sökt hjälp för sin smärta. Denna fråga besvarades inte av 18 kvinnor.

7.3.1 Valet att inte söka hjälp för sin smärta

De kvinnor som besvarade nekande på frågan om de har uppsökt hjälp fick besvara vad orsaken var till att de inte uppsökt hjälp för sin smärta. Resultatet som framkom visade att 50 kvinnor (62 %) ansåg att smärtan inte var ett problem för dem, fem kvinnor (6 %) visste inte vart det skulle söka hjälp ifrån, två kvinnor (2 %) vågar inte uppsöka hjälp och 12 kvinnor (15 %) kan inte svara på varför de inte uppsökt någon hjälp. Frågan hade även ett svarsalternativ som hette Annat, detta svarsalternativ valdes av 11 kvinnor (14 %) och de förklarade då att orsaken var att de kommer att söka hjälp, en hade nämnt smärtan vid ett annat tillfälle, en kvinna hade inte haft tid att söka hjälp och en hade bytt till att ha samlag med kvinnor. En kvinna svarade att hon nämnt smärtan för en läkare men som då hade svarat med att samlagssmärtan är helt normalt för unga kvinnor och då ansåg hon att ingen hjälp finns att få. En annan kvinna svarade också att hon inte trodde att det fanns någon hjälp, man måste bara stå ut. Denna fråga besvarades av 80 kvinnor och 68 kvinnor valde att inte besvara frågan (se figur 8).



Figur 8. Orsak till att inte söka hjälp.

Kvinnorna frågades även om de hade fått någon hjälp för sin smärta. Det som framkom var att 18 kvinnor (19 %) hade fått hjälp medan 78 kvinnor (81 %) inte hade fått någon hjälp för sin smärta. Denna fråga besvarades inte av 52 kvinnor.

7.3.2 Vården och hjälpen som erbjudits de drabbade kvinnorna

Kvinnorna fick med egna ord berätta om hurudan hjälp de har fått för sin smärta. Denna fråga besvarades av 18 kvinnor och sammanställdes genom kategorier. De kategorier som togs fram var **Läkemedel, Råd** och **Övriga produkter och aktiviteter**.

I kategorin **Läkemedel** togs två underkategorier fram *P-piller* och *Andra preparat*. Med underkategorin *P-Piller* framkom det att kvinnorna blivit erbjudna att byta sina P-piller mot andra typer av P-Piller eller att äta flera P-piller kartor efter varandra. En kvinna hade först blivit ordinerad en annan typ av P-piller men när det inte hjälpt hade man prövat med P-ring som dock inte heller visat sig ha någon positiv effekt på smärtan.

”Byta p-piller till en annan sort, vilket inte fungerade. Bytte till P-ring, det fungerade inte heller, hade fortsatt smärta vid samlag.”

”Jag rekommenderades äta flera p-piller kartor efter varandra.”

I den andra underkategorin *Andra preparat* tog kvinnorna fram att vårdpersonal hade ordinerat dem att äta svampmedicin. Hos den ena kvinnan hade det konstaterats att hon lidit av svamp men svedan hade dock inte försvunnit och då hade man tagit ett flytningsprov. Två kvinnor nämner att de fått medicin mot infektioner och antidepressiv medicin så som SSRI preparat. Dessutom hade medicin i form av krämer ordinerats.

”Det har konstaterats vaginal svamp, vilket ledde till att jag fick läkemedel mot detta. Det har även nu tagits flytningsprov eftersom svedan efter samlag inte försvunnit efter svamp kuren”

”Medicin mot infektion.”

”SSRI medicin.”

”Jag har fått medicin i form av krämer samt gel som lindrat och bedövat smärtan för en stund men dessa mediciner har tyvärr inte gjort att smärtan skulle ha försvunnit helt och hållet. Jag har även rekommenderats att byta p-piller samt minipiller men det har inte hjälpt desto mer. Jag har även rekommenderats att ta någon form av injektioner men har varit tveksam till det och därmed inte genomfört injektionerna.”

Den andra kategorin **Råd** framkom genom att kvinnorna berättat att de fått prata med vårdpersonal vid en mottagning. De berättade även att de hade fått rådet att slappna av under samlaget och ha längre förspel samt att de skall vara mera upphetsade under samlaget. En kvinna nämner den egna partnern som en stöttande medmänniska under de stunder då smärtan kommer.

”Råd om att slappna av!”

”Satsa på bättre upphetsning och förspel”

”Genom att diskutera på studenthälsan”

”Min gynekolog var tydligen en expert på området, så jag hade ren tur. Jag fick förklaring till varför och hur det hade uppkommit och jag fick "medicin" utskrivet.”

”Min pojkväs stöd, eftersom smärtan varit tillfällig, vissa gånger, så har det Inte varit något större problem.”

Den sista kategorin som togs fram var **Övriga produkter och aktiviteter**. Här framkommer många gemensamma svar att de blivit sagda att använda sig av oljor, krämer, parfymfria tvålar och salvor. Kvinnorna har även fått tipset att använda sig av glidmedel under samlaget. Några kvinnor har använt sig av en bedövningsgel, Xylocain, som de hade fått utskrivet av läkare. Dessutom framkommer det att man använt sig av injektioner. En kvinna hade fått hjälp mot sin smärta genom healing som hade lyckats bota hennes smärta.

”Använda ceridal olja efter dusch, eftersom det troligtvis var mina p-piller som orsakade smärtan ibland.”

”Ta hjälp av glidmedel!”

”Xylocain gel”

”Injektioner”

”Tips om hudkräm som glidmedel”

”Healing! Trots att undertecknad varken är religiöst lagd eller särskilt övertygad om att healing fungerar. Det fungerade dock ypperligt och undertecknad kunde konstatera att healing tydligen fungerar, även om man inte tror på det.”

Kvinnorna fick besvara om den hjälp de fått lindrat deras smärta. Det som framkom i svaren var att 16 kvinnor (34 %) ansåg att hjälpen lindrat smärtan medan 31 kvinnor (66%) ansåg att hjälpen inte lindrat deras smärta. Vid denna fråga var det 101 kvinnor som inte besvarade frågan.

7.3.3 Orsaken till att ingen vård erbjudits till de drabbade kvinnorna

Kvinnorna fick med egna ord förklara varför de inte fick någon hjälp när de sökte hjälp. Denna fråga besvarades av 21 kvinnor och 127 valde att inte besvara frågan. De kategorier som togs fram i denna fråga var **Eventuell annan orsak**, **Oförstående vårdpersonal** och **Personlig orsak**.

Med kategorin **Eventuell annan orsak** framkommer det från kvinnorna att smärtan som uppstått vid samlag eventuellt varit orsakad av en annan sjukdom och då behövdes det andra behandlingar. Det framkom även av en kvinna att hon själv slutat äta preventivmedel eftersom hon trodde att smärtan var förorsakad av dessa mediciner. En läkare hade åt en kvinna sagt att hon lider av någon könssjukdom och att smärtan varit förorsakad av det.

”Det sjuka misstänks vara endometriosis och måste kanske behandlas med andra preparat.”

”Jag tror det är för att i dagens samhälle tar sjukvården/preventivrådsmottagningar för givet att unga kvinnor skall äta p-piller, fastän många inte tål/får biverkningar av hormonella preventivmedel. Min smärta försvann när jag själv bestämde mig för att sluta helt och började använda endast kondom i mitt förhållande.”

”Läkaren påstod att jag hade någon könssjukdom eller svamp... Jag kollade upp alla könssjukdomar och svamp och hade inte nå av dem...”

I den andra kategorin **Oförstående vårdpersonal** tar kvinnorna fram att när smärtan tagits upp under andra sammanhang har vården inte orkat lägga ner någon energi på smärtan och därför hade det bara lämnat. En läkare hade inte kunnat göra något mera för en kvinna när det framkom att det han trodde att var orsaken inte stämde.

”Den tidvisa samlagssmärtan har inte varit orsaken till varför jag sökt mig till gynekologen, därför har det varit en "bisak" som ingen riktigt satt energi på.”

”Sedan har det bara lämnat för läkaren hade inte så mycket annat å säga än att jag skulle köpa massa glidmedel.”

”Har inte direkt sökt hjälp. det har kommit på tal någon gång i samband med gyn-undersökning.”

I kategorin **Personlig orsak** tar kvinnorna fram att smärtan inte varit ett problem och därför har de inte ansett att de behöver någon hjälp för smärtan.

”Jag har inte sökt hjälp, eftersom det inte är ett problem, utan att vänta och låta det gå över fungerar bäst. Om jag har haft mycket sex, blir det ju såklart ömt och då väntar jag en tid så att det får lugna sig.”

7.4 Bemötandet i vården av drabbade kvinnor som lider av smärta vid samlag

I denna del av webbenkäten fick kvinnorna besvara frågor som rör hur vårdpersonalen bemötte dem när de tog kontakt med hälso- och sjukvården samt hur de upplevde situationen av att söka hjälp för sin samlagssmärta.

7.4.1 Kvinnornas egna upplevelser av att ta kontakt med vården på grund av smärtan

Den första frågan handlade om hur kvinnan kände sig när hon tog kontakt med vården, denna fråga besvarades av 19 kvinnor och 129 besvarade inte frågan. Tre kategorier togs fram vid denna fråga, dessa är; **Negativ upplevelse**, **Positiv upplevelse** och **Pinsam upplevelse**.

Den första kategorin **Negativ upplevelse** beskrivs enligt kvinnorna att när ingen trodde på dem eller när de inte fick de svar de hade trott att de skulle få kändes situationen som dålig. Dessutom framkom det att de kände sig nonchalerade, det var psykiskt jobbigt och de blev inte bemötta på ett seriöst sätt. En känsla av att man överdrev sin smärta uppstod när kvinnan tog kontakt med vården. En kvinna kände sig även ignorerad av vården när de inte tog henne på allvar och när vården inte kunde ge henne en tid till en läkare.

”Jag hoppades på snabba och relativa svar, men gynekologen på hälsovårdsstationen hade inte så mycket information till mig. Därför sökte jag mig till en privat gynekolog som hade mycket mer kunskap.”

”Jag kände mig inte så seriöst mottagen”

”Nonchalans, psykiskt”

”Jobbigt, blev ledsen och extremt frustrerad när ingen förstår!”

”Kände som jag överdrev och att man inte kan ha sådana problem.”

”Jag tog först kontakt med preventivrådgivningen, men de hade ingen tid åt mig på flera månader och jag kände verkligen att de inte tog det på allvar. Så vid första stället så kände jag mig ignorerad”

”Uppgifven. Visste redan på förhand att jag inte skulle få någon hjälp därifrån, men visste att jag heller inte skulle kunna stå ut med situationen som sådan. Blev ändå tvingad till sex av oförstående pojkvän.”

Den andra kategorin **Positiv upplevelse** beskrivs av kvinnorna genom att de blev trodda av vårdpersonalen. En kvinna var även förväntansfull för att hon skulle få hjälp och att någon skulle berätta vad det var för något. Det framkom även att kvinnorna kände sig som vanligt. En kvinna berättar att desto mera hon fick prata med vårdpersonalen om sitt problem desto tryggare blev hon i situationen.

”Förväntansfull på att få ett svar och få hjälp.”

”Bra.”

”Nervös men sedan lättad att de trodde på mig och att de inte trodde att jag bara hittade på allt eller att smärtan bara var något "psykologiskt".”

”Jag kände mig som vanligt, det var inget konstigt.”

”Till en början kände jag mig en aning osäker och obekvämlig eftersom att det gäller en så personlig del av ens liv. Men efter att ha diskuterat mitt problem så kände jag mig bekvämare och mindre osäker. Jag har gjort många sjukvårds- och gynekologbesök och har efter det första besöket känt mig bekväm med situationen eftersom att jag har velat få hjälp med mitt problem.”

Den tredje kategorin var **Pinsamt** och där skriver kvinnorna om att det kändes pinsamt när de tog kontakt med vården men att även läkaren verkade lite besvärad över situationen. En kvinna har nämnt att det kan vara pinsamt att ha problem med underlivet överlag.

”Förvirrad, de visste inte vad det kunde vara och när läkaren tog fram broschyren om vestibulit var läkaren mycket besvrad. Kvinnor borde informeras mera om samlagssmärter!!”

”Jag har inte bokat tid på grund av smärtan, men jag har talat om den för en läkare på en hälsovårdscentral i samband med en gynekologisk undersökning. Det var kanske lite pinsamt.”

”Eftersom jag under de senaste året haft också andra problem med mitt underliv känns det förstås pinsamt samtidigt som jag är orolig att någon är fel. Det gör det ju inte bättre heller att de inte hittar något fel, trots att symptomen kvarstår.”

7.4.2 Kvinnornas egna upplevelser av vårdpersonalens bemötande när de tog kontakt

Den andra frågan i det fjärde kapitlet i webbenkätundersökningen berörde hur vårdpersonalen bemötte kvinnorna när de uppsökte hjälp för sin smärta. Denna fråga besvarades av 17 kvinnor och 131 valde att inte besvara frågan. Svaren sammanställdes med hjälp av kategorier. De kategorier som togs fram var; **Positivt bemötande** och **Negativt bemötande**.

Med **Positivt bemötande** tar kvinnorna fram att vårdpersonalen ställde relevanta frågor till kvinnan. Flera korta svar framkom så som att bemötande var bra, vänligt, sakligt och att det var en förstående vårdpersonal. En kvinna fick träffa en gynekolog som var väldigt kunnig inom området och bemötte henne positivt och på ett bra sätt.

”Jo, tack bra! De ställde relevanta frågor, och jag fick relevant behandling som hjälpte. De verkade ha bra koll även på vestibulit med tanke på frågorna de ställde, men det var nog inte det som var problemet i mitt fall.”

”Bra, studenthälsan är van med unga kunder och bemötte mig väl!”

”Vårdpersonalen har bemött mig på ett bra sätt. De har varit villiga att hitta en lösning på mitt problem och försökt göra allt för att jag ska få hjälp. Det bästa bemötandet fick jag vid en privat gynekologmottagning.”

”Då tog jag kontakt med en manlig gynekolog som jag vet att har jobbat länge och som även har forskat inom området fick jag hjälp samma vecka. Han skrev ut medicin (xylocain) åt mig, som har hjälpt mig mycket på vägen.”

Den andra kategorin **Negativt bemötande** beskrivs av kvinnorna som ett bemötande där de inte blivit trodda av vårdpersonalen. En kvinna berättade att hon visste vad orsaken var men att vårdpersonalen inte trodde på henne att det kunde vara så. Det framkommer även att kvinnorna gått till många olika gynekologer eller läkare men att de inte blivit trodda. Det framkom att kvinnorna blivit anklagade för att själva orsaka sin smärta och att de inte blev trodda när de berättade hur det låg till på riktigt. Det framkom dessutom att det kändes tabubelagt att diskutera smärtan med vårdpersonal samt att de som arbetade inom vården inte visste vad de skulle göra när kvinnorna tog kontakt.

”Jag visste själv att det var p-piller/hormonella preventivmedel som var orsaken till min smärta men de tog det inte på allvar, utan ville bara att jag skulle byta sorter hela tiden. När jag sedan slutade helt på eget bevåg kunde jag för första gången njuta av sex på flera år, visste inte att det kunde kännas så bra när jag hade haft ont hela tiden förut.”

”Skolhälsovårdaren anklagade mig för att jag var oansvarig och hade fått någon könssjukdom... Hon började även hacka på min fästman och sa att fast jag inte har samlag med andra pojkar så hur vet jag att inte han har samlag med andra flickor, och på så vis har get mej en könssjukdom... När jag sedan uppsökte en läkare svarade han samma sak - att jag hade någon könssjukdom. Vilket jag kollade upp sedan och jag hade inte alls någon könssjukdom..”

”Varit till flera gynekologer, menar det är psykiskt. Men den sista tog mig på allvar och går till henne fortfarande.”

”De visste inte hur de skulle informera mig om vestibuliten, man såg att de inte hade mycket kunskap om den och att det var lite tabubelagt. Om man har vestibulit så finns det hopp och hjälp att fås men det blev jag inte informerad om utan istället fick jag läsa skräckhistorier på nätet i min ensamhet. Jag trodde att hela mitt framtida sexliv var förstört.”

”Han tyckte det var alldeles normalt att man ibland har smärta, eftersom jag enligt honom var så ung. Jag har talat på internet med andra som har samma problem och många har hamnat i samma situation med läkare. Därför is jag inte mera ta upp saken med läkare.”

”Fick rådet att "slappna av", vilket alltid har varit och alltid kommer att vara ett problem eftersom jag lider av vaginism orsakat av flerårigt sexuellt utnyttjande i barndomen. Detta har dock aldrig orsakat smärtor. Fick alltså inte adekvat hjälp, och därför sökte jag mig till den alternativa vården.”

7.4.3 Kvinnornas egna önskningar om hur vårdpersonalen skall vara vid problem i sex och samlivet

Det sista kapitlet i webbenkätundersökningen handlade om vården överlag vad gäller sex och samlivet. Denna fråga riktades till alla kvinnor som deltog i undersökningen oavsett om de led av smärta vid samlag eller inte. Det respondenten önskade få fram genom denna fråga var hurudana tankar och förväntningar kvinnor överlag har när det gäller vård som rör det mera intima livet. Frågan besvarades av 119 kvinnor och 29 kvinnor valde att inte besvara frågan. Åtta kategorier sammanställer resultatet, dessa är; **Förstående, Stödande, Kunnig, Individuell, Tagen på allvar, Snäll, vänlig och bemötande, Kan diskutera samlevnadsfrågor och Övrigt.**

I den första kategorin **Förstående** tar kvinnorna fram hur viktigt det är att vårdpersonalen visar att de förstår kvinnorna. Genom att personalen förstår kvinnorna visar de även att de tror dem. Kvinnorna önskar att vården skulle försöka förstå hur deras problem verkar både fysiskt men även psykiskt. En kvinna tar upp hur stor inverkan sex och samlivet har på ett förhållande, detta bör även vårdaren komma ihåg att problem inom förhållandet kan uppstå på grund av att sexlivet inte fungerar normalt. Ett flertal kvinnor nämner också att vårdaren inte skall döma kvinnan som lider av problem i sex och samlivet.

”Att den som undersöker vore väldigt förstående och saklig på samma gång, att denne kunde leva sig in i patientens "liv" eller situation.”

”Att vårdpersonalen inte ska döma personen som har problem vad gäller sex och samlevnad.”

”Jag förväntar mig att en person som arbetar inom vården skall ha överseende för hela människans kropp och allt som hör den till. Sex och samlevnad är en sån sak. Sex och samlevnad är en stor sak i ett parförhållande och hos vissa en mycket stark drift. Därför bör en vårdare inte rygga undan eller skämta bort saken för en person som söker hjälp för en sådan sak. En vårdare skall inte vara fördomsfull, utan acceptera varje människa som hon är. Egna åsikter angående sex och samlevnad kan stanna hemma.”

Den andra kategorin **Stödande** skriver kvinnorna om att de önskar att vårdpersonalen skulle stödja dem.

”Stöttande och man skall inte behöva känna sig dum. Ibland frågar dom saker man kanske tycker är pinsamt att besvara.”

I den tredje kategorin **Kunnig** är många kvinnor överrens över att de önskar att personalen har kunskapen som krävs vid problem med sex och samlivet. Kunnande krävs också för att vårdpersonalen skall kunna vara finkänslig med kvinnorna eftersom det kan kännas som väldigt intimt att diskutera sitt samliv. Kvinnorna tar upp hur viktigt det är att tabustämpeln som vilar över detta ämne försvinner, med hjälp av en kunnig personal kan situationen förändras till något positivare. Med kunnighet menar kvinnorna även att vårdpersonalen skall klara av att läsa situationen, att vissa kanske inte vill diskutera vissa frågor med mera. Vårdpersonalen bör även känna till sin egen kunskap för att på det sättet kunna skicka kvinnan vidare till någon annan som är mera insatt i ämnet.

”Det är ett mycket känsligt ämne att ta upp, så personalen man möter borde vara sakkunnig.”

”Vårdpersonal överlag behöver mer kunskap inom detta område.”

”Ganska höga förväntningar, de borde kunna sin sak eftersom sådant här är så viktigt och personligt för oss människor.”

”Jag förväntar mig en kunnig personal som inte är rädd för att diskutera saken men som samtidigt är lyhörd för hur patienten upplever det att diskutera dessa frågor. Respektera integriteten men var inte rädd för att fråga även svåra frågor.”

”Om jag söker hjälp skulle jag önska att de vid behov skulle skicka mig vidare till någon som vet mer och förklara för mig vad det kan bero på och vad jag själv kanske kan göra för att lindra smärtan.”

I kategorin **Individuell** tar kvinnorna fram hur viktigt det är att vården skall vara personlig och individanpassad.

”Att personalen alltid påminner sig om att sex och samliv är något väldigt privat och intimt. Vissa kan ha svårt att prata om det medans andra är väldigt öppna. --> individanpassad vård.”

”Vill att vården skall vara väldigt personlig.”

I kategorin **Tagen på allvar** tar kvinnorna fram hur viktigt det är att man blir tagen på allvar när man tar kontakt med vården på grund av problem i sex och samlivet.

”Att vårdpersonalen tar en på allvar, att problem med sexlivet inte bara ses som en onödig sak att söka hjälp för.”

I kategorin **Snäll, vänlig och bemötande** är kvinnorna överrens om att de som arbetar inom vården skall vara snälla och vänliga samt att bemötande skall vara respektfullt. De tar även fram hur viktigt det är att vårdaren är sig själv i bemötande och inte visar att situationen kanske är jobbig eller pinsam. Bemötandet skall upplevas som seriöst och professionellt. Dessutom bör vårdaren ge kvinnan tid att prata med vårdaren om sina problem samt hålla sig lugna och sansade. Många kvinnor nämner hur viktigt det är med tystnadsplikten och att de får vård på sitt eget modersmål.

”Gott bemötande, att vårdaren är neutral, professionell och trevlig. Att man får vård på sitt modersmål och att vårdaren förklarar så att man förstår och inte blir generad. Att vårdaren håller tystnadsplikten.”

”Det ska inte heller kännas pinsamt för mig att kontakta vårdpersonalen och jag önskar att jag skulle få den vård jag behöver.”

”Att bli bemött utan fördomar och pekfinger. Dåliga erfarenheter gör att unga drar sig för att söka hjälp.”

”Jag förväntar mig att en person som arbetar inom vården skall ha överseende för hela människans kropp och allt som hör den till. Sex och samlevnad är en sån sak. Sex och samlevnad är en stor sak i ett parförhållande och hos vissa en mycket stark drift. Därför bör en vårdare inte rygga undan eller skämta bort saken för en person som söker hjälp för en sådan sak. En vårdare skall inte vara fördomsfull, utan acceptera varje människa som hon är. Egna åsikter angående sex och samlevnad kan stanna hemma.”

”Att de ska bemöta en med respekt och förståelse. Att de ska hjälpa till så bra de bara kan. De som uppsöker vård gällande samlivet eller sex så har ofta tvekat och velat länge innan de till slut vågar ta kontakt. Det är ett stort steg för många, att våga ta kontakt, så därför ska de verkligen bemötas på bästa sätt när de vågar ta steget.”

I kategorin **Kan diskutera samlevnadsfrågor** belyser kvinnorna hur viktigt det är att den vårdpersonal som arbetar med dessa kvinnor behärskar att tala om dessa saker utan att det uppstår en pinsam situation. Det är viktigt att vårdpersonalen klarar av att ta upp denna diskussion med kvinnan eftersom det kan vara ett väldigt stort steg att börja berätta om sina problem. En kvinna nämner hur viktigt det kan vara att ta upp sådana här diskussioner vid en hälsoundersökning. Många kvinnor önskar att de skulle bli mera informerade om problem som kan uppstå i samlivet.

”Öppenhet och tillmötesgående. Det ska inte vara någon känsla av "oh neeeeeeej va pinsamt jag kan inte se dig i ögonen och knappt prata om det här".”

”Jag tycker att vi borde informeras mera, speciellt om samlagssmärter. Man skall inte behöva läsa om sjukdomar själv på nätet. Då blir man ju helt förstörd.”

”Tycker personalen skall informera mera, vara mera uppmärksam på olika sjukdomar. Fråga mera av patienterna och inte förvänta sig att patienten vågar börja berätta själv allt som funderas på.”

”Att man naturligt kan tala om sina problem och tabun om att man inte skall tala om sex skall försvinna.”

”Vårdpersonal borde våga ta upp ämnet, om man går på en hälsoundersökning borde vårdpersonalen fråga rakt på sak om hur samlivet/sexlivet är, oftast vågar patienten då prata om eventuella problem. Det borde kollas upp, rutinmässigt, som alla andra saker vid en hälsoundersökning.”

Den sista kategorin är **Övrigt** och där framkommer liknande svar om att kvinnorna egentligen inte har några förväntningar inför vården, en kvinna förklarade detta eftersom hon har dåliga erfarenheter från vården. Det framkommer även att man inte vet vart man skall söka sig och att det är svårt att få en tid till vården. En kvinna önskar att det skulle vara lättare att söka hjälp för problem i samlivet och att det inte skulle vara lika tabubelagt att diskutera öppet om sådana här frågor. Dessutom nämns det att kvinnor borde prata mera med sina vänner om dessa frågor. En kvinna påpekar hur viktigt det är för vården att inte tro på att alla har samma sexuella läggning. Det är även viktigt att partnern tas med i vården eftersom smärta vid samlag är ett problem som drabbar hela förhållandet. En kvinna nämner hur viktigt det är med miljön i undersökningsrummet. Dessutom så belyser en kvinna hur viktigt det är med sexualupplysning.

”Jag har inte så höga förväntningar. När det kommer till sex och samliv får man själv ta reda på saker och lyssna helt till sin egen kropp.”

”Känns trist att vårdpersonalen verkar tänka att "nä, måste du ha sex då om det en gång gör ont". Man borde tillsammans diskutera när exakt smärtan uppstår, vad man redan gjort för att försöka slippa den, och vad som ännu kan göras. Om det finns psykologiska faktorer bakom smärtan borde förstås en terapeut eller psykolog anlitas. Vid behov kan det vara bra att partnern är med vid diskussionstillfällena. Partnern kan också "lida" av problemet och behöver få veta vad det är frågan om.”

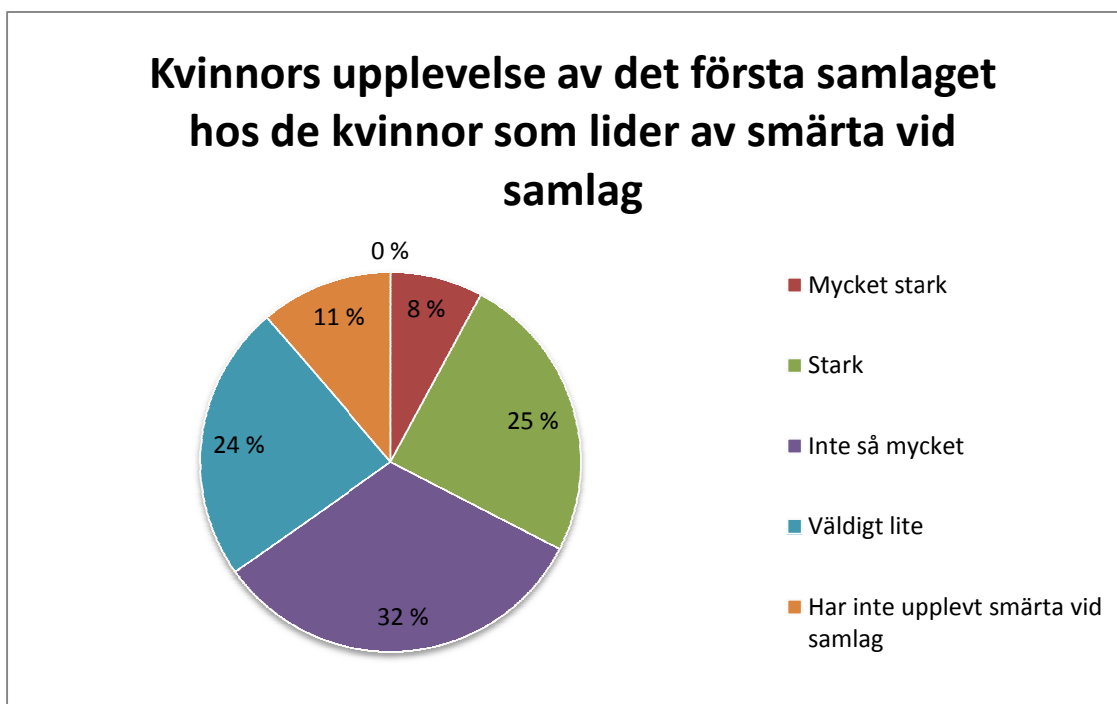
”Till att börja med så önskar jag att tröskeln till att söka hjälp skulle vara lägre så att flera skulle våga söka den vård de behöver. Tyvärr så är det aningen tabu belagt angående smärta vid samlag just här i Österbotten. Ifall att man tar mod till sig och söker vård för sitt problem så ska vårdpersonalen ta personen på allvar och ge den bästa möjliga vård.”

”Har inte behövt vara i kontakt med vården pga. detta, men tror dock att jag inte skulle ta kontakt. Jag tror att jag skulle försöka hitta hjälp på andra sätt eftersom jag inte har förtroende för vården, av erfarenhet.”

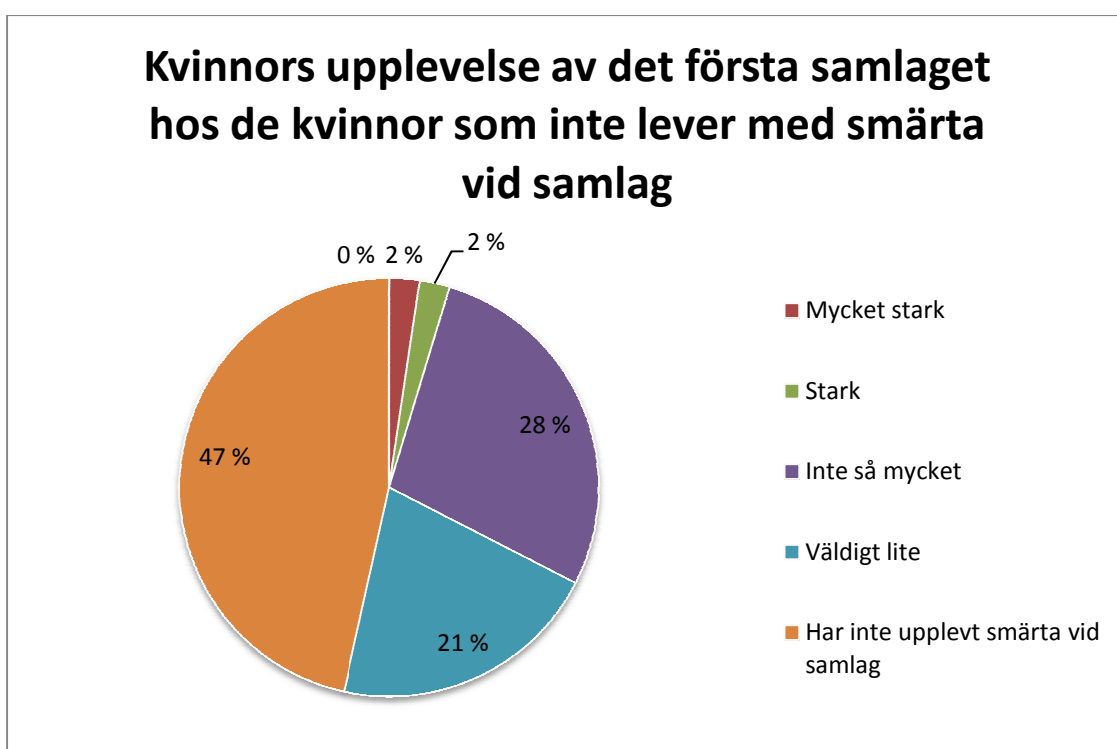
7.5 Sambandsundersökning

I detta stycke kommer några frågor föras samman för att se om det finns något samband mellan de kvinnor som lider av smärta vid samlag (89 kvinnor) och de kvinnor som inte lider av smärta vid samlag (43 kvinnor). Eftersom de undersökande grupperna inte är fördelat jämligt kommer respondenten enbart att fokusera på den procentuella mängden istället för antal. Resultaten som framkommer i det här stycket kommer att hjälpa till att skapa en djupare bild av fenomenet smärta vid samlag.

Respondenten önskade jämföra om det fanns något samband mellan att leva med smärta vid samlag och hur smärtsamt det första samlaget upplevdes. Det som framkommer i figur 9 och 10 är att det är åtta procent av kvinnorna som lider av smärta vid samlag och som upplevde det första samlaget som mycket starkt smärtsamt och 25 procent av dessa upplevde smärtan som stark. Hos de icke drabbade kvinnorna var det enbart två procent som upplevde smärtan vid första samlaget som mycket stark och två procent upplevde smärtan som stark. Dessutom framkommer det att det är flera kvinnor som inte lider av smärta vid samlag som hade ett smärtfritt första samlag, 47 procent, i jämförelse med de drabbade kvinnorna där det enbart var elva procent som inte upplevde någon smärta vid första samlaget.



Figur 9. Kvinnors upplevelse av det första samlaget hos de kvinnor som lider av smärta vid samlag.



Figur 10. Kvinnors upplevelse av det första samlaget hos de kvinnor som inte lever med smärta vid samlag.

Respondenten önskade undersöka ifall man kan se ett samband mellan vad gäller sort av preventivmedel och att lida av smärta vid samlag. Eftersom kvinnorna kunde välja flera svarsalternativ vid denna fråga är deltagarantalet större än vad det är i de andra undersökningarna. Det som framgår i tabell 1 visar att ett egentligt samband inte kan ses. Spiral är enda sorten som kvinnor som lider av smärta vid samlag procentuellt använder mera än vad kvinnor som inte lider av smärta vid samlag gör, åtta procent av de drabbade kvinnorna medan det inte var en enda av de icke drabbade kvinnorna som använde sig av denna sort.

Tabell 1. Användandet av preventivmedel.

Vilka preventivmedel använder sig de deltagande kvinnorna av?							
	P- Piller % (n)	Minipiller % (n)	P-Ring % (n)	Spiral % (n)	Kondom % (n)	Ingenting % (n)	Totalt
Drabbade kvinnorna	40 % (37)	0 % (0)	10 % (10)	8 % (7)	29 % (27)	13 % (12)	93
Icke drabbade kvinnorna	36 % (16)	2 % (1)	4 % (2)	0 % (0)	36 % (16)	22 % (10)	45
Summa	(53)	(1)	(12)	(7)	(43)	(22)	138

Leder samlagssmärtan hos de drabbade kvinnorna till att de upplever sig mindre sexuellt aktiva än vad de kvinnor som inte lever med samlagssmärta gör. Detta var en annan sak som respondenten önskade undersöka. Det som framkommer i tabell 2 är att 82 procent av de drabbade kvinnorna och 86 procent av de icke drabbade kvinnorna upplever sig sexuellt aktiva. Med detta resultat anser respondenten att man inte kan säga att samlagssmärtan leder till att kvinnan upplever sig mindre sexuellt aktiv.

Tabell 2. Kvinnornas upplevelse om att de är sexuellt aktiva.

Hur de deltagande kvinnorna upplever sig till påståendet om de är sexuellt aktiva				
	Ja % (n)	Nej % (n)	Vet ej % (n)	Totalt
Drabbade kvinnorna	81 % (72)	9 % (8)	10 % (9)	89
Icke drabbade kvinnorna	86 % (37)	5 % (2)	9 % (4)	43
Summa	(109)	(10)	(13)	132

Respondenten undrade även om man kan säga att det finns ett samband mellan att uppleva smärta vid andra aktiviteter som inte är förknippade med samlag eller sexuella aktiviteter och att leva med samlagssmärta. Det som framkom i resultatet är att 49 procent av de drabbade kvinnorna upplever smärta vid tampongingförsel medan det enbart är 26 procent av de icke drabbade (se tabell 3). Med detta kan man säga att det finns ett litet samband mellan samlagssmärta och smärta vid tampongingförsel. I tabell 4 framkommer det att 57 procent av de drabbade kvinnorna även upplevt smärta vid en gynekologisk undersökning medan det enbart är 16 procent av de icke drabbade kvinnorna. Detta resultat framhäver att det finns ett samband mellan dem båda. När respondenten undersökte om de fanns någon likhet mellan att lida av smärta vid samlag och att uppleva smärta vid både cykling och tajta kläder framkommer det att inget egentligt samband finns eftersom det enbart var tio procent som upplevt smärta vid cykling som lider av samlagssmärta och 90 procent av de drabbade kvinnorna hade inte upplevt smärta vid cykling (se tabell 5). Samma resultat framkom även vid undersökningen om de som lider av samlagssmärta även upplever smärta vid tajta kläder, elva procent upplevde smärta och 89 procent upplevde inte smärta (se tabell 6). Hos de kvinnor som inte lider av smärta vid samlag var det ingen som hade upplevt vare sig smärta vid cykling eller smärta vid tajta kläder.

Tabell 3. Upplevd smärta vid tamponginförsel.

Upplevd smärta vid tamponginförsel			
	Upplever smärta % (n)	Upplever inte smärta % (n)	Totalt
Drabbade kvinnor	49 % (44)	51 % (45)	89
Icke drabbade kvinnor	26 % (11)	74 % (32)	43
Summa	(55)	(77)	(132)

Tabell 4. Upplevd smärta vid gynekologisk undersökning.

Upplevd smärta vid gynekologisk undersökning:			
	Upplever smärta % (n)	Upplever inte smärta % (n)	Totalt
Drabbade kvinnor	57 % (51)	43 % (38)	89
Icke drabbade kvinnor	16 % (7)	84 % (36)	43
Summa	(58)	(74)	132

Tabell 5. Upplevd smärta vid cykling.

Upplevd smärta vid cykling			
	Upplever smärta % (n)	Upplever inte smärta % (n)	Totalt
Drabbade kvinnor	10 % (9)	90 % (80)	89
Icke drabbade kvinnor	0 % (0)	100 % (43)	43
Summa	(9)	(123)	132

Tabell 6. Upplevd smärta vid tajta kläder.

Upplevd smärta vid tajta kläder			
	Upplever smärta % (n)	Upplever inte smärta % (n)	Totalt
Drabbade kvinnor	11 % (11)	89 % (78)	89
Icke drabbade kvinnor	0 % (0)	100 % (43)	43
Summa	(11)	(121)	132

När respondenten önskade undersöka hur de drabbade kvinnorna ställde sig till påståendet om de upplever ångest i jämförelse mot de icke drabbade kvinnorna framkom det att det inte fanns ett egentligt samband mellan de båda grupperna och detta påstående. Detta eftersom två procent ansåg att påståendet stämde helt överrens hos dem medan det var fem procent hos de icke drabbade kvinnorna som ansåg att påståendet stämde helt överrens (se tabell 7). Samma resultat framkommer även i de andra värderingsalternativen vid detta påstående.

Tabell 7. Hur de deltagande kvinnorna upplever sig till påståendet om ångest.

Jag upplever att jag har ångest på en skala mellan 1 och 5:						
1 = Stämmer inte överrens och 5 = Stämmer överrens						
	Val 1. % (n)	Val 2. % (n)	Val 3. % (n)	Val 4. % (n)	Val 5. % (n)	Totalt
Drabbade kvinnor	37 % (33)	35 % (31)	17 % (15)	9 % (8)	2 % (2)	89
Icke drabbade kvinnor	51 % (22)	25 % (11)	14 % (6)	5 % (2)	5 % (2)	43
Summa	(55)	(42)	(21)	(10)	(4)	132

Vid påståendet hur de båda grupperna förhåller sig till påståendet att de har höga krav på sig framkommer samma resultat som ovan. Den procentuella andelen är lika stor i de jämförande grupperna, tolv procent som anser att påståendet stämmer helt överrens med dem själva (se tabell 8). Därför anser respondenten att det inte finns ett samband.

Tabell 8. Hur de deltagande kvinnorna upplever sig till påståendet om de har höga krav på sig själva.

Jag upplever att jag har höga krav på mig själv på en skala mellan 1 och 5: 1 = Stämmer inte överrens och 5 = Stämmer överrens.						
	Val 1. % (n)	Val 2. % (n)	Val 3. % (n)	Val 4. % (n)	Val 5. % (n)	Totalt
Drabbade kvinnor	5 % (4)	6 % (5)	30 % (27)	47 % (42)	12 % (11)	89
Icke drabbade kvinnor	9 % (4)	19 % (8)	23 % (10)	37 % (16)	12 % (5)	43
Summa	(8)	(13)	(37)	(58)	(16)	132

Vid jämförelsen mellan påståendet hur kvinnorna förhåller sig till den egna upplevda stressen och samlagssmärta framkommer det att nästan lika många anser att påståendet stämmer helt överrens med dem själva, åtta procent av de drabbade och fem procent av de icke drabbade kvinnorna (se tabell 9). Därför kan man säga att ett samband inte går att finna i jämförelsen.

Tabell 9. Hur de deltagande kvinnorna upplever sig till påståendet att de är stressade.

Jag upplever att jag är stressad på en skala mellan 1 och 5: 1 = Stämmer inte överrens och 5 = Stämmer överrens.						
	Val 1. % (n)	Val 2. % (n)	Val 3. % (n)	Val 4. % (n)	Val 5 % (n)	Totalt
Drabbade kvinnor	8 % (7)	26 % (23)	35 % (31)	23 % (20)	8 % (7)	88
Icke drabbade kvinnor	13 % (6)	40 % (17)	21 % (9)	21 % (9)	5 % (2)	43
Summa	(13)	(40)	(40)	(29)	(9)	131

8 Tolkning

I detta kapitel kommer resultatet att fogas samman för att kunna tolkas. Resultatet kommer att tolkas utgående från de teoretiska utgångspunkterna som respondenten valt samt med hjälp av tidigare forskning. De resultat som framtagits från endel frågor har utmärkts med **kategorinamn** med fetstil och *underkategorier* utmärks med kursivstil.

8.1 Samlagssmärtans påverkan på de drabbade kvinnorna

Den första delen av tolkningen kommer att beröra den drabbade kvinnan. På vilket sätt påverkas hon av smärtan som uppstår vid samlag? Påverkas hela hennes liv av smärtan? Är smärtan någonting som finns med henne i hennes vardag?

8.1.1 Kvinnans mående psykiskt

Det som framkommer av resultatet är att många unga kvinnor mår dåligt i dagens samhälle, ett mående som är sammankopplat med stress, ångest och höga krav på sig själva. De drabbade kvinnorna var en grupp ur denna hela grupp och även de upplever sig mera stressade och ångestfyllda i jämförelse med de kvinnor som inte led av smärtsamma samlag. Dessutom är det många av de drabbade kvinnorna som har höga krav på sig själva. Sargeant m.fl., (2007) tar fram detta i studien att samlagssmärtan kan göra att kvinnans livskvalitet sänks både mentalt och fysiskt. Detta kan i sin tur leda till att kvinnan blir mera stressad och ångestfylld. Även Meana m.fl., (2009) belyser att de drabbade kvinnorna verkade mera oroliga och ångestfyllda.

8.1.2 Upplevelse av smärta vid andra aktiviteter

Det är många kvinnor som upplevt smärta i underlivet under aktiviteter som inte är associerade med sexuella aktiviteter. Dessa aktiviteter var tamponginförsel, gynekologisk undersökning, tajta kläder och cykling. Detta stämde även för de kvinnor som led av smärta vid samlag. Det som framkom då var att vid alla kategorierna hade flera av de drabbade kvinnorna upplevt smärta än de icke drabbade kvinnorna. Detta framkommer i Meanas m.fl., (2009) studie där de betonar att själva benämningen samlagssmärta är fel använd eftersom samma smärta även kan uppstå under andra aktiviteter så som urinering och oral stimulering.

8.1.3 Valet att utföra ett samlag

Av de kvinnor som lider av smärta vid samlag är det väldigt många som valt att ha samlag fastän det gjort ont. I kategorin **ont ibland** framkom det att orsaken var att smärtan enbart känts under en kort tid och väldigt svag. De ansåg även att på grund av detta var det värt att fullfölja samlaget eftersom det goda övervinner det onda. I en annan kategori **vet orsaken** framkom det att kvinnorna vet varför det tar ont och hur de skall göra för att minska på smärtan. I kategorin **av egen vilja** framkom det att kvinnorna kände lust att ha samlag och att det är en mycket viktig del av sexlivet som man inte vill ge upp. Ayling m.fl. (2008) tar upp detta i deras studie att kvinnor väljer att ha samlag fastän det kommer att ta ont vilket kan ha ett samband med att de försöker vara så normala kvinnor som möjligt, vill uppleva njutning och att samlaget är det mest normala i ett heterosexuellt förhållande. Lanaras (1981) tankar om lidandet är att den lidande människan kan klara av att leva med sitt lidande med hjälp av att andra människor accepterar hennes lidande. Erikssons (1994) tankar om lidandet är att det kan vara en försoning där lidandet i sig har fått en mening. Med detta anser respondenten att de kvinnor som valt att ha samlag på grund av dessa orsaker har fått ett accepterande från partnern. Dessutom så tolkar respondenten svaren att kvinnorna gett lidandet en mening och på det sättet klarar de av att ha samlag fastän det har gjort ont.

Med kategorin **tillfredsställande av partnern** var orsaken till att ha samlag att kvinnorna kände sig pressade att ha samlag och att kvinnan inte klarar av att säga nej eller orkat säga nej till samlag. Dessutom vill kvinnorna att även partnern skall få njuta och bli tillfredsställd. Kvinnorna ansåg att samlag hör ihop med ett förhållande. Detta belyser även Marriott m.fl., (2008) och Ayling m.fl., (2008) i sina studier att kvinnor väljer att ha samlag för att de känner att unga kvinnor skall vara sexuellt aktiva och att samlag är någonting normalt som en kvinna skall klara av att utföra. Dessutom anses samlaget ha en stor och en betydande roll i förhållandet. Detta kan förklaras genom Erikssons (1994) tankar om lidandet är att det kan skapa en skamkänsla hos kvinnan eftersom hon inte klarar av att nå upp till sin egen idealbild. Detta anser respondenten är ett stort problem att kvinnan känner sig pressad att utföra samlag egentligen enbart för någon annan, i takt med att detta fortsätter blir lidandet större och större.

I den sista kategorin som berörde orsaken till att kvinnor väljer att ha samlag fastän det tar ont är **önskan om förbättring och förändring**. Där framkommer det att kvinnorna trodde att smärtan skulle gå över antingen genom att de skulle bli mera vanda vid smärtan eller att de skulle bli vanare att utföra samlag. I Backmans m.fl., (2008) studie kan man se att ett samband finns mellan att lära känna sitt eget underliv och sina kroppsliga funktioner med att kunna bemästra att lindra smärtan som uppstår. Connor m.fl., (2008) nämner i sin studie att många heterosexuella parförhållanden klarar av att leva med smärtan i deras sexuella liv, det kunde ske genom att de inte hade samlag överhuvudtaget, att de använde sig av andra former eller att de fortsatte ha samlag. Eriksson (1994) anser att den kamp som den lidande har mot lidandet kan ha betydelser så som ett försök att lindra lidandet, avsluta lidandet eller för att kunna ge lidandet en betydelsefull mening. Med detta anser respondenten att kvinnorna väljer att ha samlag för att de vill försöka lindra lidandet med att exempelvis bli mera vand eller att de vill avsluta lidandet med att smärtan skulle gå över. Detta betyder i sin tur att de gett lidandet en mening som de sedan kan leva efter.

8.1.4 Samlagssmärtans påverkan på de drabbade kvinnorna och förhållandet

Enligt resultatet påverkas både kvinnan men även hennes förhållande av samlagssmärtan, majoriteten anser dock att smärtan inte påverkar dem på något sätt. Med kategorin **psykiskt påfrestande** framkom det hur *frustrerande* det var att lida av samlagssmärta samt att kvinnorna upplevde *skuld* över smärtan. *Frustrationen* påverkade exempelvis deras egen sexualitet, att de inte kan bestämma över den på grund av smärtan. *Frustration* uppstod även hos partnern eftersom denne inte visste om kvinnan enbart hade sex med partnern fastän det gjorde ont. *Skuld känslan* uppstod då kvinnorna upplevde att de inte dög inför partnern och att de inte bemästrar att ha samlag som alla andra kvinnor. Samma resultat kan ses i Sargeants m.fl., (2007) och Marriotts m.fl., (2008) studie att en stor del av de drabbade kvinnorna upplevde sig olyckliga i deras sexuella relationer och missnöjda med sexuallivet samt att kvinnorna inte upplevde sig som fullständiga kvinnor och kände sig förnedrade när smärtan övertagit makten från dem. Dessutom framkom det i deras studie att kvinnorna upplevde skuld och skämdes över att inte kunna ge det som mannen ville ha. Eriksson (1994) framhäver att risken att patienten drabbas av ett andligt och själsligt lidande är stor ifall den drabbade upplever skam, skuld och förnedring. Denna känsla kan uppstå om den

drabbade upplever att hon inte kan leva upp till sin idealbild. Det är väldigt viktigt att den drabbade kvinnan ses som den unika människa hon är och att hela människokroppen tas i beaktande. Med det vill respondenten säga att en kroppslig smärta och ett kroppsligt lidande påverkar den drabbade både fysiskt, psykiskt och själsligt. Smärtan som uppstår påverkar kvinnorna och det är mycket viktigt att kvinnorna inte behöver uppleva känslor som skuld och frustration inför deras situation.

Med kategorin **påfrestande på förhållande** belyser kvinnorna hur deras sexuella förhållande hämmas, dessutom framkom det i resultatet att kvinnan inte kan ha samlag på samma spontana sätt som tidigare. Sargeant m.fl., (2007) tar upp i sin studie att majoriteten av de kvinnor som lider av smärta vid samlag känner sig olyckliga i deras sexuella relationer samt att de kände sig missnöjda med sitt sexualliv. Även Connor m.fl., (2008) påvisade i sin studie att många drabbade kvinnor upplever en spänning i förhållandet som sedan försvann när de har fått en diagnos. Detta eftersom deras tankar om tvivel, misstro och skuld försvann. Lanaras (1981) tankar om lidandet är att själva lidandet inte enbart påverkar den lidande människan utan även de människor som finns runt henne. I kategorin **vetskap om smärtan** framkommer det att smärtan påverkar dem eftersom de vet om att det kommer att ta ont när de har sex och därför väljer de att avstå från samlag. Att lida av en smärta som uppstår vid samlag påverkar vanligtvis två stycken personer, därför är det väldigt viktigt att även partnern tas i beaktande.

I kategorin **sexlusten och ingen njutning** framkommer det att smärtan påverkar kvinnan genom att de inte klarar av att njuta av samlaget något mera. Dessutom så har smärtan lett till att deras lust inför att ha samlag har sänkts. Marriott m.fl., (2008) nämner i sin studie att kvinnor tagit avstånd från sexuella aktiviteter på grund av smärtan och att kvinnorna har förlorat förmågan att kunna njuta av samlaget.

8.2 Vård och hjälp som erbjuds de drabbade kvinnorna som lider av smärta vid samlag

Den andra delen av tolkningen handlar om på vilket sätt de drabbade kvinnorna erbjuds vård. Erbjuds dessa kvinnor någon vård? Söker kvinnor hjälp för detta problem eller det för pinsamt?

8.2.1 Valet att inte söka hjälp för sin smärta

I resultatet framkommer det att en väldigt liten del av de kvinnor som lider av samlagssmärta har sökt hjälp för sin smärta. Den största orsaken till att kvinnorna inte sökt hjälp berodde på att de ansåg att smärtan i sig inte är ett problem för dem. McGowan m.fl., (2007) beskriver att kvinnorna måste komma till insikt själva om att smärtan är ett problem och att de har skapat en förståelse för problemet för att de själva skall söka hjälp för smärtan. Harlow m.fl., (2009) tar även fram att det är ett stort problem när kvinnorna inte söker hjälp, vilket skulle kunna förklaras med att kunskapen som vårdarna har är för dålig och att vårdpersonal utbildas för lite. Eriksson (1993) beskriver att en god vård inte är detsamma som att lindra lidande utan att istället skapa möjligheter för den unika människan i den aktuella situationen. Detta skulle i sin tur inte gå att genomföra eftersom kvinnan måste själv förstå att smärtan är ett problem.

8.2.2 Vården och hjälpen som erbjudits de drabbade kvinnorna

Hurudan hjälp som kvinnorna fått sammanställdes i tre kategorier. I den första kategorin **läkemedel** framkommer det att många kvinnor använt sig av *p-piller* för att behandla smärtan. Många kvinnor nämnde att de fått byta p-piller sort och en nämnde att hon ätit flera tabletkartor efter varandra. Dessutom hade kvinnorna använt sig av *andra preparat* så som svampmedicin, mediciner mot infektioner och SSRI preparat som är en antidepressiv medicin. Virtanen (2002) beskriver i den teoretiska bakgrunden att exempelvis jästinfektioner, urinvägsinfektioner och biverkningar från mediciner kan förorsaka smärtsamma samlag. Virtanen (2002) belyser även det viktiga vid vård av kvinnor som lider av smärta vid samlag att utesluta eventuella andra orsaker så som dessa. Duffy (2009) anser att för att en god vård skall uppnås krävs det av vårdaren att hon har den kunskap som krävs inom ämnet. Med detta anser respondenten att när en vårdare vårdar dessa kvinnor är det viktigt att man utesluter eventuella bakomliggande orsaker och detta kan bäst göras genom att vårdaren innehar kunskap om vad som kan ligga bakom smärtan.

I den andra kategorin **råd** framkommer det att kvinnorna fått råd att slappna av och ha ett eventuellt längre förspel vilket skall leda till att de blir mera upphetsade under samlaget. Dessutom tog en kvinna fasta på hur bra det är med en förstående partner som stöttade henne. Mariott m.fl., (2008) belyser hur viktigt det är att kvinnorna blir trodda

av sina partner. Dessutom framkommer det i deras studie att när kvinnor blivit uppmanade att slappna av under samlaget ledde det till att kvinnorna trodde att smärtan enbart satt i deras huvuden. Även i Sheppards m.fl., (2008) studie framkommer det att kvinnor blivit tillsagda att smärtan enbart beror på att kvinnan är känslomässig och att kvinnan därför måste acceptera smärtan. Connor m.fl., (2008) betonar hur viktigt det är att inte beskylla kvinnan att själv ha orsakat sin egen smärta. Eriksson (red.) (1995) anser att en god vård skapas genom att vårdaren hör den andra människans önskan, bjuder in henne till relationen och tar emot hennes berättelse och på det sättet finnas i hennes närvaro. Detta kan enligt respondenten förklaras att vårdaren bör lyssna på kvinnans problem för att kunna skapa en bild av problemet. För att på det sättet skapa en förståelse av vad som kan ligga bakom. Duffy (2009) betonar hur viktigt det är att vårdaren hjälper patienten att tackla och förstå problemet.

I kategorin **övriga produkter och aktiviteter** framkommer det att kvinnor använt sig av olika sorters krämer, glidmedel och oljor för att behandla smärtan. Virtanen (2002) beskriver även i den teoretiska bakgrunden att olika salvor, geler och krämer kan användas för att minska friktionen och på det sättet även minska smärtan.

8.2.3 Orsaken till att ingen vård erbjudits till de drabbade kvinnorna

De flesta kvinnor som lider av smärta vid samlag hade inte fått någon hjälp för smärtan. Orsaken till att de inte fått någon hjälp sammanställdes i tre olika kategorier. I den första kategorin **eventuell annan orsak** framkommer det att smärtan ansågs vara orsakad av någon annan sjukdom så som endometriosis eller att läkaren ansett att smärtan berott på någon könssjukdom som det sedan visade sig att det inte stämde. I kategorin **oförstående** vårdpersonal framkommer det att smärtan inte fått någon egentlig fokus eftersom det diskuterats under ett annat tillfälle. I kategorin **personlig** orsak framkommer det att smärtan inte varit ett problem och att de inte behöver någon hjälp. I McGowans m.fl., (2007) studie framkommer det att risken för att kvinnan skall sluta ta kontakt med vården för sitt problem är stor ifall läkaren drar egna slutsatser av vad kvinnan säger fastän kvinnan säger att så är inte fallet. I Connors m.fl., (2008) studie framkom det att läkare blivit irriterade på kvinnan och hennes smärta för att han inte kunnat sätta någon diagnos. Enligt Sarvimäki m.fl., (1991) skall en vårdare vara äkta, öppen och modig. Detta uppnås genom att vårdaren är sig själv och känner med

patienten i situationen samt inget hopp i situationen. Med detta anser respondenten att det är viktigt att fastän vårdaren inte finner det exakta svaret skall ändå patienten tas om hand. Bara för att en orsak inte kan fastställas behöver det inte betyda att smärtan inte finns. Det är viktigt att utesluta eventuella könssjukdomar, men det skall heller inte vara den enda eventuella bakomliggande orsaken som tas i beaktande.

8.3 Bemötandet i vården av drabbade kvinnor som lider av smärta vid samlag

Den tredje och sista delen som respondenten berör i tolkningen handlar om bemötandet från vården. Hur kände sig kvinnorna när de tog kontakt med vården? Hur upplevde de drabbade kvinnorna att vårdpersonalen bemötte dem när de tog kontakt med vården? Hur önskar kvinnorna överlag att vården som berör sex och samlivet skall bemöta dem? Vad skall man tänka på när man vårdar någon som har problem på det sexuella planet?

8.3.1 Kvinnornas egna upplevelser av att ta kontakt med vården på grund av smärtan

Hur kvinnan kände sig när hon tog kontakt med vården framtog genom tre kategorier. I den första kategorin **negativ upplevelse** beskrivs bemötandet som dåligt eftersom kvinnorna inte blev trodda av vårdpersonalen. Dessutom fick kvinnorna inte de svar de hade önskat. En känsla av att kvinnan överdrev smärtan eller att man blev ignorerad av vårdpersonalen associerades även av ett dåligt bemötande. I den andra kategorin **positiv upplevelse** framkommer det att kvinnorna blivit trodda av vårdpersonalen och att man varit förväntansfulla för att få hjälp. Dessutom blev situationen tryggare för kvinnan i takt med att samtalet förlöpte. I McGowans m.fl., (2007) studie framkommer det att kvinnornas historier inte blev hörda av läkaren och att han inte hade förståelse för deras individuella smärta. I Connors m.fl., (2008) studie belyses hur frustrerande det var att hitta någon vårdare som lyssnade på kvinnorna på ett respektfullt sätt. Marriott m.fl., (2008) förklarar att genom att kvinnan blir trodd ökar även möjligheterna för kvinnan att styra smärtan. Ohl (2007) berättar i sin studie att 51 procent av patienterna med sexuella problem var rädda för att läkaren inte skulle lyssna på dem. Eriksson (1994) anser att om en patient inte ses, inte får någon uppmärksamhet eller ignoreras så tar vårdaren bort patientens resurser att kunna bemästra lidandet. Dessutom kan vårdaren

utöva makt över patienten genom inte tro på det som patienten berättar. Eriksson (1994) anser att detta kan bero på att vårdaren inte har den rätta kunskapen som krävs för att kunna se vad patienten behöver. Lanara (1981) anser att vårdaren måste lära känna patienten för att på det sättet kunna förstå vad patienten har för behov. Dessutom skriver Lanara (1981) att patienten kanske inte uttrycker sina innersta känslor direkt åt vårdaren utan först när patienten upplever att någon finns där för henne och att denne accepterar henne utan att döma. Eriksson (1991) anser att god vård, eller caritativ vård, är en tanke som innehåller kärlek och barmhärtighet och det är med hjälp av denna kärlek som relationer byggs upp. Dessutom anser Eriksson (1993) att människans begär är dels att bli sedd genom kärlek men att den som vill uppleva detta bör våga ta en risk. Detta eftersom alla andra kanske inte besvarar på det sätt som man själv önskar. Eriksson (red.) (1995) tar fram hur viktigt det är att vårdaren hör hennes berättelse och tar emot den. Sarvimäki m.fl., (1991) betonar hur viktigt det är i vårdrelationen att vårdaren beaktar hela patienten och bryr sig om henne. Respondenten anser att om en vårdare inte har den rätta kunskapen som krävs för att bemöta dessa kvinnor blir det även svårt att bemöta kvinnan på ett bra sätt, ett sätt som inte gör att kvinnan mår dåligt. Att tro på en annan människa säger och visar väldigt mycket utåt eftersom genom att man tror på den andra så vågar även denne berätta saker för dig.

I den tredje kategorin **pinsamt** framkom det att kvinnorna tyckte att det var pinsamt när de tog kontakt med vården och att läkaren upplevde situationen som besvärande. Överlag så tyckte kvinnorna att det var pinsamt med problem i underlivet. Ohl (2007) tar fäste på i sin studie hur viktigt det är att samtalet mellan patienten och läkaren förlöper smärtfritt och naturligt när det handlar om sexuella problem. Det framkom i Ohls (2007) studie att 46 procent av patienterna var rädda för att läkaren skulle känna sig obekvämt i situationen. Det är viktigt att både patienten och vårdaren känner sig trygg i situationen och visar förståelse och omtanke. Eriksson (1993) tar fram att en god vård skapar möjligheter för den andra människan i vårdrelationen. Eriksson (red.) (1995) betonar vikten av att vårdaren har kunskap för att kunna bjuda in patienten i en vårdrelation. Dessutom måste vårdaren enligt Duffy (2009) vara insatt i ämnet för att klara av att diskutera med patienten. Detta kan tolkas som så att för att en vårdare skall klara av att vårda och ta emot patienten och kvinnor som lider av sexuella problem krävs det av denne att den har den rätta kunskapen. På det sättet kan vårdaren känna sig trygg och säker i sin situation som vårdare.

8.3.2 Kvinnornas egna upplevelser av vårdpersonalens bemötande när de tog kontakt

Kvinnornas upplevelse av hur vårdpersonalen bemötte dem när de tog kontakt med vården på grund av sin samlagssmärta sammanställdes i två kategorier. I den första kategorin **positivt bemötande** framkom det att kvinnorna fått ett gott bemötande genom att ställa relevanta frågor. Personalen upplevdes även som vänliga, snälla, sakliga och förstående. Genom att en gynekolog var väldigt kunnig inom området så blev även bemötandet positivt. Connor m.fl., (2008) tar fram att om kvinnan bemöts av okunnig personal så kan det leda till att kvinnan blir väldigt frustrerad. Marriott m.fl., (2008) tar fram i sin studie att genom att kvinnan blir trodd så skapar detta möjligheter för henne. Sheppard m.fl., (2008) och Ohl (2007) betonar att den som vårdar dessa kvinnor skall visa förståelse och tro på dem för att vården på det sättet skall fungera. Eriksson (1991) betonar att relationen mellan vårdare och patient byggs upp genom tanken om kärlek och att det naturliga begäret människor har är att bli sedd genom kärlek av andra människor. Sarvimäki m.fl., (1991) beskriver att för att en god vård skall kunna utspelas krävs det av vårdaren att denne visar förståelse och klarar av att identifiera sig med patienten, för att på det sättet visa empati inför patienten. Duffy (2009) anser att den vårdande relationen är viktig för välbefinnandet och tillväxten. För att den skall kunna byggas upp krävs det ett samspel mellan vårdare och patient som består av tilltro till andra människor. Respondenten anser att för att bemötandet skall bli positivt för den drabbade kvinnan krävs det av vårdaren att denne vårdar kvinnan med hjälp av kärlek, tilltro och förståelse. Med alla dessa byggstenar kan en god vårdrelation byggas upp och bemötandet blir då positivt för båda parter.

Ett bemötande som upplevdes som **negativt** associerades med att kvinnorna inte blev trodda av personalen eller att vårdpersonalen inte trodde på vad orsaken kunde vara. Dessutom upplevs bemötandet som dåligt i det fall då kvinnan måste besöka ett flertal olika läkare och vårdpersonal. Dessutom anklagades kvinnorna för att själva orsaka sin egen smärta och detta ledde i sin tur till att bemötande blev dåligt. Eftersom samlagssmärtan upplevdes som tabubelagd att diskutera så kändes det väldigt jobbigt när kvinnorna tog kontakt. Problemet med att kvinnorna träffar många olika läkare och vårdpersonal tas fram i McGowans m.fl., (2007) studie, detta ledde till att vården enbart fokuserade på att finna en diagnos. Dock fann man aldrig någon diagnos och kvinnorna

orkade därefter inte mera och avbröt kontakten med vården. McGowan m.fl., (2007) kommer även fram i sin studie att fastän det inte framkommer någonting i undersökningarna så måste vårdpersonalen tänka på hur de berättar detta. För det är avgörande för hur kvinnorna skall acceptera och förstå smärtan. Enligt Connors m.fl., (2008) studie drabbas kvinnorna av känslor som skuld, misslyckande, att vara skadad och att inte vara en kvinna till fullo när ingen diagnos kan fastställas. Dessutom upplevs processen att söka hjälp som ensam och svår (Connor m.fl., 2008). Även Sheppard m.fl., (2008) tar fäste vid att kvinnorna upplever sig försummade av vårdpersonalen när de inte förstod sig på deras problem och ansåg att den var påhittad. Eriksson (1994) anser att i takt med att vården inte lindrar den uppkomna smärtan kan det leda till att ett sjukdomslidande uppstår hos patienten. Detta kan ske om exempelvis den kroppsliga smärtan får all uppmärksamhet och inte det egentliga lidandet. Eriksson (1994) anser även att fördömelse inom vården är när vårdaren själv avgör vad som är bäst för patienten, exempelvis att patientens egna åsikter glöms bort. Dessutom utövar vårdaren makt över patienten när hon inte tar patienten på allvar eller att hon inte tror på vad som berättas. Sarvimäki m.fl., (1991) beskriver att en vårdare skall i vårdförhållandet beakta hela patienten och genom det visa att hon bryr sig om patienten. Respondenten anser att det är mycket viktigt att bemötande emot den lidande och drabbade kvinnan hålls på ett bra sätt som gagnar båda parter. Det är viktigt att fastän man inte finner någon specifik orsak till problemet så bör kvinnan få en chans att förstå problemet och fenomenet som hon lider av, att hon inte enbart blir lämnad ensam bara för att man inte kan sätta en diagnos.

8.3.3 Kvinnornas egna önskningar om hur vårdpersonalen skall vara vid problem i sex och samlivet

I kategorierna **förstående, stödande, kunnig, snäll, vänlig och bemötande, individuell, tagen på allvar och kan diskutera samlevnadsfrågor** framkommer det hur kvinnorna förväntar sig att vårdpersonalen skall vara när de bemöter kvinnorna som har frågor och problem med sex och samlivet.

Förstående förklaras genom att vårdpersonalen visar förståelse för dem och att de tror på dem. Att förstå problemet skall även handla om att problemet i sig påverkar dem på olika sätt, fysiskt och psykiskt. Dessutom är det viktigt att vårdpersonalen är förstående med att problem i sex och samlivet kan orsaka problem i parförhållandet. Att vara förstående innebär även att vårdpersonalen inte skall döma den drabbade kvinnan och hennes problem. Många kvinnor anser att vårdpersonal som bemöter dem skall vara **stödande**. Med stödande menas att vårdpersonalen stöttar dem och inte dumförklarar dem. **Snälla, vänliga och bemötande** anser kvinnorna att vårdpersonalen skall vara mot dem. Dessutom skall bemötande vara respektfullt, professionellt och vårdarna skall visa att de har tid med dem. I kategorin **individuell** belyser kvinnorna att vårdaren skall vara personlig och individuell. Kvinnorna önskar även att de skall bli **tagna på allvar** av vårdpersonalen, speciellt när man söker hjälp på grund av problem i sex och samlivet.

Connor m.fl., (2008) tar upp i deras studie hur svårt kvinnor har att diskutera sina problem med andra så som familj och närstående, detta eftersom det är svårt att berätta om någonting för en person som egentligen inte förstår problemet i fråga. Dessutom anser Connor m.fl., (2008); Marriott m.fl., (2008) att vårdpersonal inte skall döma kvinnan att det är hon som förorsakat smärtan. Dessutom anser Marriott m.fl., (2008) att för att vårdpersonal skall kunna förstå den drabbade kvinnan så krävs det av dem att de inte enbart fokuserar på den aktuella smärtan utan även på hur smärtan kan påverka kvinnans psykiska hälsa och hennes förhållande. Sheppard m.fl., (2008) skriver i sin studie att vårdaren visar att han tror på kvinnan genom att vara förstående. Ohl (2007) tar fram att man genom att ta ögonkontakt med patienten visar att man förstår patienten. Det är i sin tur viktigt eftersom patienten kommer att få besvara frågor som berör något intimt. Dessutom anser Ohl (2007) att genom att riktigt lyssna på patienten och inge förståelse så ökar sannolikheten att kvinnan skall få hjälp för sitt problem. Sarvimäki m.fl., (1991) anser att en vårdare skall arbeta utgående från en humanistisk människosyn och genom att hon gör det så ser hon patienten som en hel enhet. När hon sedan vårdar patienten skall hon visa att hon bryr sig om den andre och kunna förmedla omtanke och omsorg. Duffy (2009) anser att en vårdare bör arbeta genom sina egna erfarenheter och upplevelser för att bemästra att förstå patienten och dennes situation.

Respondenten anser att genom att man på något sätt visar att man förstår hur patientens problem påverkar dem så skapas en god förutsättning för att vårdförhållandet skall bli bra för dem båda. Genom att vårdaren visar att hon förstår patienten visar hon även att hon innehar den rätta kunskapen för att ta emot dessa patienter. Erikssons (red.) (1995) tankar om människans värdighet är att alla skall ses som unika människor och det viktiga är att vårdaren inte ser ner på patienten eftersom detta kan kränka henne.

I kategorin **kan diskutera samlevnadsfrågor** framkommer det hur viktigt det är att de som arbetar med frågor som berör sex och samlivet måste kunna klara av att prata om dessa saker utan att det blir en pinsam situation. Dessutom är det viktigt att vårdpersonal själva vågar fråga kvinnor om problem i sexlivet. Harlow m.fl., (2009) har i sin studie kommit fram till att kvinnor överlag borde screenas för problem inom sexuallivet och med hjälp av det skulle det vara lättare att hjälpa dem med problemet. Connor m.fl., (2008) nämner hur stort problem det är när vårdpersonal inte har någon kunskap om detta område, detta leder i sin tur till att hela situationen blir väldigt frustrerande. Dessutom anser Connor m.fl., (2008) att drabbade kvinnor skall bli informerade av vårdpersonal om att smärta vid samlag är en sjukdom. Ohl (2007) anser att vårdpersonalen måste börja inkludera sexualiteten i patientens helhetsvård. Ohl (2007) anser även att den som vårdar dessa kvinnor känner sig trygg i situationen och klarar av att använda sig av sexuella termer. Ayling m.fl., (2008) nämner i sin studie att på grund av att det kan kännas som tabubelagt att diskutera om det kvinnliga könsorganet och den sexuella driften så leder det väldigt ofta till att kvinnor inte söker hjälp för sina problem. Eriksson (1993) anser att för att en vårdare skall kunna hjälpa en annan människa så krävs det att hon innehar kunskap för att kunna veta vad den andra behöver.

En god vård är enligt (Eriksson (1993) en uppstådd situation som är god för de båda deltagande parterna. För vårdaren är den god eftersom hon har klarat av att delta i den naturliga gemenskap som innehåller hälsa, livsmening och kärlek. Eriksson (1991) anser att alla innehar en kärlekstanke men att den måste vårdas, accepteras och utvecklas. Respondenten anser att alla har innerst inne de förutsättningar som krävs för att kunna bemöta dessa kvinnor på ett bra sätt, ett sätt som inte dömer eller som upplevs som pinsamt. En vårdare måste bara finna sitt eget sätt genom att använda sig av sina egna erfarenheter och kunskaper. Det viktiga är att en vårdare inte känner sig pressad i

dessa situationer eftersom situationen i sig kan skada den redan drabbade kvinnan ännu mera.

9 Kritisk granskning

I det här kapitlet kommer respondenten att kritiskt granska studien genom att använda sig av Staffan Larssons kvalitetskriterier. Studien kommer att granskas kritiskt utgående från *perspektivmedvetenhet, intern logik, etiskt värde, teoritillskott* och *empirisk förankring*.

9.1 Perspektivmedvetenhet

Ett perspektiv finns bakom varje verklighetsbeskrivning och detta gör att verklighetsbeskrivningen är relativ. Dessutom finns det en förförståelse för det som skall tolkas vilket kan förklaras genom att det redan finns en uppfattning om det som ska tolkas. Under hela arbetsprocessen ändras denna uppfattning successivt. Det krävs dock av forskaren att inför läsaren tydliggöra denna förförståelse för att på det sättet inte undanhålla perspektivet. Detta kan ske genom att forskaren förklarar för läsaren vilka egna erfarenheter som finns inom ämnet och som kan ha skapat förförståelsen. (Larsson, 1994, 165-166).

Valet av ämne kan ha påverkats av respondentens egna erfarenheter av att vara en drabbad kvinna som i sin tur kan beskrivas som att det fanns en förförståelse från början. Respondenten valde att ta upp ämnen så som vården och bemötande eftersom dessa två områden skapar möjligheter för den drabbade kvinnan att fortsätta att söka hjälp. Dessutom ville respondenten undersöka hur kvinnorna drabbades av smärtan. Även detta har respondenten egna erfarenheter av och som i sin tur kan ha påverkat valet av utgångspunkter, bakgrund och tidigare forskning. Fastän respondenten har arbetat utgående från att vara så objektiv som möjligt kan förförståelsen ha påverkat vissa delar av denna studie. Dock anser respondenten att datainsamlingsmetoden, analysmetoden och tolkningen inte påverkats.

9.2 Intern logik

Larsson, (1994, 168-170) beskriver att för att den interna logiken skall kunna säkras krävs det att det råder en harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamlingsmetod och analysteknik. Med detta menas att arbetet och studien skall bli en konstruktion som är sammanfogad eller ett system som är slutet.

Respondenten ansåg att för att de forskningsfrågor som ställdes upp till denna studie skulle kunna besvaras på bästa möjliga sätt, så var en enkät det bästa alternativet för respondenten att samla in data. Eftersom ämnet som studien berörde var väldigt intimt och känsligt för många så skulle inte samma svar ha framkommit om datainsamlingen istället gjorts med intervjuer. Dessutom gjordes enkäten till en webbenkät vilket i sin tur ledde till att de svarande kvinnorna blev väldigt många. Dels för att respondenten kunde nå ut till ett stort antal kvinnor men även för att kvinnorna kunde välja själva när de ville besvara enkäten och de kunde besvara enkäten i den trygga hemmiljön. Enkäten innehöll både slutna men även öppna frågor. Detta eftersom vissa frågor svar måste begränsas till ett fåtal medan andra frågor svar önskades bli mera berättande. Svaren som samlades in skapade ett stort material och där ansåg respondenten att kvalitativ innehållsanalys var den bästa analysmetoden för att analysera svaren från de öppna frågorna. Analysen gjordes med hjälp av kategorier och underkategorier. Svaren från de slutna frågorna valdes att analyseras med hjälp av deskriptiv statistik. Respondenten anser slutligen att en harmoni råder mellan de valda forskningsfrågorna, datainsamlingsmetoden och analysmetoden.

När enkäten skapades var det meningen att det skulle bli en jämförande studie mellan två orter och därför låg fokus väldigt mycket på det när frågorna skapades. När svaren sammanställdes och respondenten beslutade att inte längre göra en jämförande studie märktes det att många frågor borde ha ställts på ett annat sätt. Detta kunde inte respondenten vetat om, men ifall frågorna skulle ställts på ett annat sätt skulle ett mera fokuserat svar framkomma istället för de väldigt utbredda svar som nu framkom. Dessutom skulle ett flertal frågor kunnat ha lämnats bort eftersom de i efterhand inte hade någon betydelse för arbetet med tanke på att det inte blev en jämförande studie.

9.3 Etiskt värde

En vetenskaplig studie skall uppvisa en god etik. Det viktiga är att de människor som deltar i studien skyddas och att inte det största fokuset och intresset ligger på att få ny kunskap. Det är mycket viktigt att de deltagande människornas identitet anonymiseras och att platser eller institutioner inte kan identifieras. Resultatet som forskaren tar fram ur studien kan leda till att oskyldiga drabbas genom att förhastade slutsatser dras. Lögnen är det värsta som en forskare kan använda sig av. Detta eftersom forskningsresultatet i slutändan kan få makt och även utnyttjas av andra människor. Därför skall alla forskare enbart vara sanningsenliga och enbart ta fram den sanning som framkommer. (Larsson, 1994, 171).

Ämnet som studien handlade om berörde kvinnorna på ett intimt och personligt sätt. Detta leder i sin tur till att det är väldigt viktigt att svaren som de delger skall och bör hållas konfidentiella. Deras anonymitet skall även garanteras och de skall känna sig säkra med att delta i denna studie. Eftersom enkäten gjordes via internet så hade respondenten inte personligen sett eller träffat de deltagande kvinnorna, dessutom var de heller inte respondenten som personligen sände mejlet till kvinnorna utan istället sändes det gruppvis eller ut till en hel skola. När svaren returnerades sparades det i databasen där enkäten var gjord och respondenten hade inte någon aning om vem som svarat eftersom de enbart fick ett nummer (1-148) som inte kunde spåras till någon skild e-mejladress eller dylikt. I och med detta anser respondenten att det etiska värdet har upprätthållits under processen och de deltagande kvinnorna kan känna sig säkra och trygga i och med deras deltagande.

9.4 Teoritillskott

En forsknings centrala värde är byggandet av teorier. Med hjälp av tidigare teorier skall det framtagna resultatet kunna relateras och på det sättet eventuellt förändra det redan färdiga teorierna. En variant som används vid empiriska studier går ut på att det teoritillskott som studien frambringat kan med hjälp av tidigare teorier påvisa att någonting i den teorin inte stämmer. För att kunna bedöma hur kvaliteten på teoritillskottet är skall man först och främst undersöka om det finns några teoretiska delar i studien. Efter att man utgått från det kan man bedöma hur väl resultatet relateras

till tidigare forskning och undersöka utifall man har bidragit med tillskott till dem. (Larsson, 1994, 175, 177).

Det resultat som framkommit i studien anser respondenten att relaterar väl till referensramen och de begrepp som valdes. Endel av de tidigare forskningarna som valdes ut kunde ha bytits ut mot någon annan forskning eftersom resultatet inte i lika stor grad som hos de andra forskningarna, kunde relateras till studien. Respondenten upplevde det dock som väldigt svårt att finna forskning som var relaterade till vården och som var vårdvetenskapliga. Resultatet som framkom har enligt respondenten ökat förståelsen för fenomenet. Det är dock svårt att säga ifall resultatet bidragit med någonting nytt till de redan existerande teorierna. Ifall denna studie skulle varit större och respondenten skulle använt sig av den forskningen som inte togs med här så skulle kanske en teori ha förändrats, detta kan man helt enkelt inte säga med säkerhet. Respondenten anser dock att denna studie, som är ett skolarbete, har ökat och samlat in kunskap som berör de drabbade kvinnorna och det fenomen som de lider av.

9.5 Empirisk förankring

Larsson (1994, 180-182) anser att en forskning bör överensstämma med verkligheten och tolkningen för att man skall kunna säga att den är empiriskt förankrad. Det är viktigt att en förankring finns i ett empiriskt material för att forskaren skall kunna göra en empirisk forskning. Genom den så kallade trianguleringen kan forskaren validera analyser. Det går ut på att det finns ett flertal olika källor som är samstämmiga med beskrivningen.

I den här studien har ett flertal olika källor använts, dels i den teoretiska bakgrunden men även i tidigare forskning. Med hjälp av dessa källor har resultatet som framkommit från enkäterna kunna förankras i empirin. Dessutom användes ett flertal olika källor i de teoretiska utgångspunkterna för att resultatet och den tidigare forskningen skulle kunna stödjas. Ifall respondenten skulle ha använt sig av bredare forskning och på det sättet kunnat indela dem i mindre delar skulle de ha kunna använts på ett annat sätt. Respondenten anser att de forskningsfrågor som ställdes upp har besvarats med hjälp av studien.

10 Diskussion

Att välja ämnet smärta vid samlag var inte ett svårt beslut för respondenten. Även beställaren uppvisade ett stort intresse över ämnet och de visste vilket problem det är. Syftet med studien var att i en empirisk studie ta reda på hurudan vård unga kvinnor som lider av smärta vid samlag erbjuds samt på vilket sätt de drabbade har blivit bemötta ifrån vårdpersonalen. Med hjälp av den här studien önskade respondenten att kunskapen och förståelsen för ämnet skall öka bland berörd vårdpersonal men även hos de drabbade kvinnorna. Respondenten själv anser att syftet har uppnåtts och frågeställningarna besvarats.

Den första forskningsfrågan som ställdes för den här studien var *Hur påverkas kvinnorna av smärtan?*. Resultatet som framkom från de deltagande kvinnorna var att smärtan påverkar dem som kvinnor samt att kvinnans förhållande påverkades negativt. I en sambandsundersökning mellan de drabbade kvinnorna och de icke drabbade kvinnorna framkom det att många av de drabbade kvinnorna upplever mera ångest, stress och höga krav på sig själva. Dock kan tilläggas att i den hela deltagande gruppen var det många kvinnor som upplevde sig stressade och hade höga krav på sig. Det var även många kvinnor som ansåg att smärtan påverkar dem själva genom att det är frustrerande att inte kunna utföra ett samlag eller att inte kunna bestämma över sin egen sexualitet. Dessutom upplevde kvinnorna skuld eftersom de ansåg sig inte duga för sin partner och att man känner sig otillräcklig inför sin partner. Smärtan ledde även till att sexlusten försvann och att man inte kunde njuta av samlaget på samma sätt som tidigare. Förhållandet påverkades även negativt eftersom det var väldigt påfrestande att inte kunna ha samlag som enligt kvinnorna ansågs som en normal sak som hör till ett heterosexuellt förhållande. Många kvinnor som lider av smärta vid samlag hade ändå valt att utföra ett samlag fastän det tog ont. Orsaken till att utföra ett samlag var att det enbart tog lite ont och att smärtan gick över efter en stund. Dessutom ville de tillfredsställa sin partner samt att kvinnan visste vad orsaken till smärtan berodde på eller så gjorde det helt enkelt för att de ville, för att samlag är en viktig sak att utföra.

Vid den andra forskningsfrågan *På vilket sätt erbjuds unga kvinnor som lider av smärta vid samlag vård och hjälp?* framkom det att det är väldigt få som uppsöker hjälp för sin samlagssmärta, den största orsaken var att smärtan inte upplevdes som ett problem för kvinnan. Den vård som erbjudits åt de drabbade kvinnorna bestod av läkemedel så som

olika sorters preventivmedel, antidepressiva mediciner och svampmediciner. Dessutom var det många kvinnor som enbart blivit rådda av vårdpersonal att slappna av, bli mera upphetsad och använda glidmedel av olika slag. Dock framkom det att många kvinnor ansåg att hjälpen inte lindrat deras smärta. Orsaken till att kvinnorna inte hade fått någon vård förklarades genom att smärtan ansågs vara orsakad av någonting annat och att vårdpersonalen inte förstod kvinnans problem.

Den sista forskningsfrågan som respondenten önskade få svar på i denna studie var *På vilket sätt bemöts unga kvinnor som lider av smärta vid samlag i vården?* Det som framkom då var tudelat, många upplevde situationen som negativt och andra positivt. Dessutom framkom det att situationen upplevdes som pinsam både för kvinnan men även för vårdpersonalen. När upplevelsen var negativ förklarades det genom att kvinnan inte blev trodd, blev nonchalerade och att de bemöttes på ett oseriöst sätt. Dessutom upplevde kvinnorna att de överdrev smärtan när de tog kontakt. En positiv upplevelse visades vara motsatsen till det negativa för de kvinnor som upplevde situationen på ett positivt sätt blev trodda och de kunde prata med vårdpersonalen om sitt problem vilket hjälpte dem att bli tryggare i vårdsituationen. De kvinnor som upplevde situationen som pinsam förklarade att vårdpersonalen kändes besvärade över situationen och att problem i underlivet är pinsamt att ta upp.

Vid denna fråga framkom det även att bemötandet upplevdes som positivt och negativt. Ett positivt bemötande betydde att vårdpersonalen visade intresse över kvinnan och hennes problem genom att ställa relevanta frågor. Dessutom ansågs kunskap inom ämnet bidra till att bemötandet blev positivt. Många kvinnor hade dock upplevt ett negativt bemötande. Detta uppstod då vårdpersonalen inte trodde dem och att de anklagat kvinnan för att själv orsakat smärtan. Dessutom upplevde kvinnorna att det var tabubelagt att diskutera dessa frågor med vårdpersonalen och att de inte visste vad de skulle göra åt kvinnans problem. Kvinnorna fick med egna ord förklara på hurdana förväntningar de har inför vården som berör sex och samlivet och hur de vill att vårdpersonalen skall vara. Det som framkom då var att kvinnorna önskar att vårdpersonalen skall vara förstående, stödande, snälla, vänliga och kunniga. De önskar även att vården skall vara individuell och personlig samt att man blir tagen på allvar när man söker hjälp för problem i sex och samlivet. Det är även viktigt att vårdpersonalen klarar av att diskutera samlevnadsfrågor.

Många kvinnor är drabbade av smärta vid samlag, det har många studier påvisat. Dock kan man inte beräkna hur många som är drabbade. Denna studie tar fram att många kvinnor inte uppsöker vård för att de anser att det inte är ett problem, det som är viktigt att komma ihåg är att de fortfarande lider av smärta som uppstår vid samlag. Ett samlag skall inte ta ont, det skall vara en stund som man kan njuta av. En akt där man ger njutning men även en akt där man själv får uppleva njutning från sin samlagspartner, oavsett om det enbart är en engångsgrej eller om det är frågan om ett längre förhållande. Att leva med smärta är väldigt individuellt och det går inte att med hjälp av undersökningar att kontrollera människans smärta. Dessutom är det svårt att beskriva en smärta eftersom den kan beskrivas med så många olika ord, ord som används olika av alla människor.

Att uppleva smärta drabbar hela människans väsen, fysiskt, psykiskt och socialt. Att dessutom lida av smärta i ett intimt område och även uppleva smärta vid den mest intima akt vi utför, samlaget, skapar en ännu större smärta och ett ännu större lidande. Ett lidande som påverkar människorna runt om den drabbade människan. Det framgår i flera forskningar att vården inte enbart skall fokusera på den fysiska smärtan som uppstår utan även på smärtan som uppstår inombords på ett psykiskt sätt. Lidandet och smärtan som kvinnan upplever blir ännu större och ännu starkare när hon efter många om och men uppsökt hjälp för smärtan men inte fått någon hjälp eller inte bli trodd. Att leva med en smärta som inte syns och därmed inte bli trodd av vårdpersonalen kommer successivt leda till att kvinnan slutar söka hjälp för smärtan.

I dagens samhälle visas samlag på tv, i tidningar skrivs det om sex och sexualiteten och sex överlag anses inte som någonting tabubelagt om man ser det utgående från ett medialt synsätt. Varför är det då så tabubelagt att diskutera problem i sex och samlivet, både mellan bekanta men även inom vården? Varför upplevs vårdpersonal som besvärade när samtalet går in på sexlivet? Varför ställs frågan *har du problem i sexlivet* så sällan? Hälsa är att samspel mellan olika dimensioner där även sexuallivet ingår och bör därför ingå i patientens helhetsvård, detta anser även Ohl (2007).

Med hjälp av denna studie önskade respondenten att berörd vårdpersonal och även de drabbade kvinnorna skall få en bättre förståelse för detta fenomen. Respondenten anser att vårdpersonalen på ett nytt sätt kan med hjälp av studien få en annan inblick i fenomenet samlagssmärta och hur den påverkar kvinnan. Dessutom kan vårdpersonalen

dra nytta av vilka erfarenheter drabbade kvinnor har av vården och på det sättet undvika att flera kvinnor skall drabbas av samma problematik. Som vårdare skall man ha kunskap om ämnet för att på det sättet kunna skapa en förståelse för problemet. Dessutom leder kunskap oftast till att situationen inte blir lika spänd och besvärande om man som vårdare har kunskap om ämnet.

Ifall respondenten skulle haft mera tid med detta arbete skulle även den berörda vårdpersonalen ha inbjudits att delta för att på det sättet undersöka hur de upplever fenomenet smärta vid samlag. Vilken kunskap de har om ämnet, hur de arbetar tillsammans med de drabbade kvinnorna och upplever de situationen som jobbig och besvärande att diskutera frågor som berör sexuallivet. Dessutom borde det göras mera studier och forskningar som berör vården av samlagssmärta så som behandlingsalternativ som både berör det fysiska men även det psykiska planet.

Som vårdpersonal kan man göra mycket för den drabbade kvinnan, det viktigaste som även gäller för alla patienter är att lyssna på patientens problem och visa att man tror på det som patienten berättar. Erikssons (red.) (1995) tankar om god vård är att vårdaren hör människans önskan, bjuder in henne till relationen, tar emot hennes berättelse och finns där i närvaron runt om henne. Respondenten vet av egen erfarenhet att när vårdaren tror och hör det som sägs skapas även en inre glädje, ett hopp och en lättnad av att inte behöva gå ensam i en egentligen väldigt ensam värld.

Litteratur

Almås, H. (Red.). (2004). *Klinisk omvårdnad*. Stockholm: Liber.

Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (Toim.). (2006). *Seksuaalisuus*. Jyväskylä: Duodecim.

Ayling, K. & Ussher, M. J. (2008). "If Sex Hurts, Am I Still a Woman?" The Subjective Experience of Vulvodynia in Hetero-Sexual Women. *Arch Sex Behav*, 2008(37), 294-304.

Backman, H., Widenbrant, M. & Bohm-Starke, N. (2008). Combined Physical and Psychosexual Therapy for Provoked Vestibulodynia – An Evaluation of a Multidisciplinary Treatment Model. *Journal of Sex Research*, 45(4), 378-385.

Connor, J. 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.

Dahmström, K. (2005). *Från datainsamling till rapport – att göra en statistisk undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Duffy, J. R. (2009). *Quality caring in nursing. Applying theory to clinical practice, education, and leadership*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Harlow, B. L., Vazquez, G., MacLehose, R. F., Erickson, D. J., Oakes, J. M. & Duval, S. J. (2009). Self-Reported Vulvar Pain Characteristics and Their Association with Clinically Confirmed Vestibulodynia. *Journal of Womens Health*, 18(9), 1333-1338.

Eliasson, A. (2006). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber Utbildning.

Eriksson, K. (1993). *PRO CARITATE. En lägesbestämning av caritativ vård*. Åbo: Åbo Akademi.

- Eriksson, K. (red.). (1995). *Mot en caritativ vårdetik*. Åbo: Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (1991). *Pausen. En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB.
- Eriksson, K. (1992). *Broar. Introduktion I vårdvetenskaplig metod*. Vasa: Arkmedia Ab.
- French, K. (2010). How to improve your sexual health history taking-skills. *Practise Nurse*, 40(2), 27-30.
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsen, D. I. (2007). *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och social arbete*. Denmark: Studentlitteratur.
- Johansson, T., (2007). *Transformation of Sexuality: Gender and Identity in Contemporary Youth Culture*. Great Britain: MPG Books.
- Lanara, V. A. (1981). *Heroism as a nursing value. A philosophical perspective*. Aten: Sisterhood Evniki.
- Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starrin, B. & Svensson, P.G., (red). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundberg, P. O. & Löfgren-Mårtensson, L.(red.), (2010). *Sexologi*. Stockholm: Liber.
- Magnusson, C. & Häggström-Nordin, E. (red.). (2009). *Ungdomar, sexualitet och relationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Mandal, D., Nunns, D., Byrne, M., McLelland, J., Rani, R., Cullimore, J., Bansal, D., Brackenbury, F., Kirtschig, G. & Wier, M., (2010). Guidelines for the management of vulvodinia. *British Journal of Dermatology*, 2010(162), 1180-1185.
- Marriott, C. & Thompson, A. R. (2008). Managing threats to femininity: Personal and interpersonal experience of living with vulval pain. *Psychology and Health*, 23(2), 243-258.
- McGowan, L., Luker, K., Creed, F. & Chew-Graham, C. A. 'How do you explain a pain that can't be seen?': The narratives of women with chronic pelvic pain and their

disengagement with the diagnostic cycle. *British Journal of Health Psychology*, 2007(12), 261-274.

Meana, M. & Lykins, A. (2009). Negative Affect and Somatic Focused anxiety in Young Women Reporting Pain With Intercourse. *Journal of sex research*, 46(1), 80-88.

Ohl, L. E. (2007). Essentials of Female Sexual Dysfunction from a Sex Therapy Perspective. *Urologic nursing*, 27(1), 57-63.

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. (2010). *Seksuaalisuus hoitotyössä*. Helsinki: Edita Prima.

Sargeant, H. A. & O'Callaghan, F.V. (2007). The impact of chronic pain on quality of life and psychosocial well-being. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2007 (47), 235-239.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (1991). *Vård. Ett uttryck för omsorg*. Kristianstad: Almqvist & Wiksell.

Sheppard, C., Hallam-Jones, R. & Wylie, K. (2008). Why have you both come? Emotional, relationship, sexual and social issues raised by heterosexual couples seeking sexual therapy (in women referred to a sexual difficulties clinic with a history of vulval pain). *Sexual and Relationship Therapy*, 23(3), 217-226.

Sonesson, B. & Sonesson, G. (2008). *Anatomi och fysiologi*. Lund: Liber.

Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Polen: Studentlitteratur.

Virtanen, J. (2002). *Klininen seksologia*. Vantaa: WSOY/Oppimateriaalit.

Västra Götalandsregionen. (U.Å.). *Kvinnans yttre könsorgan*. <http://vard.vgregion.se/sv/Teman1/Tema-Gravid/Konsorgan-och-fortplantning/Kvinnans-konsorgan/Kvinnans-yttre-konsorgan/> (Hämtat: 29.3.2011).

Werner, M. & Strang, P. (2005). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva*. Geneva: World Health Organization.



UPPDRAGSAVTAL MELLAN STUDERANDE OCH UPPDRAGSGIVARE

Uppdragsgivare

Namn ALANOS HALSO - OCH SJUKVÅRD / PRIMÄRVÅRD

Kontaktperson _____

Kontaktuppgifter _____

Studerande

Namn Caroline Staffas

Kontaktuppgifter caroline.staffas@novia.fi, 0457-580 65 28

Utbildningsprogram Vård, Sjukskötare

Handledare

Uppdragsgivaren: Namn _____

Kontaktuppgifter _____

Yrkehögskolan Novia: Namn Barbro Mattsson-Lindale / Ann-Louise Glasbe

Kontaktuppgifter _____

Examensarbetet

Syfte: Utgående från studiens resultat ta reda på hur många som är drabbade om det är ett stort hälsoproblem. Dessutom undersöka om drabbade är berättigad likvärdig vård oberoende ort.

Arbetsrubrik

- Det tar ont när, jag har sex, men ingen förstår mig-

Upplägg och tidsdisposition

Mars = Teoretiska utgångspunkter, tidigare forskning. April-Maj = insamling av data, Juni-Augusti = Analys, Oktober = redigering, November = studien avslutad, presenta

Upphovsrätt

Upphovs- och äganderätten till examensarbetets resultat tillhör alltid den/de studerande. Uppdragsgivaren ges med detta avtal oinskränkt rätt att använda examensarbetets resultat

Ja Nej _____

Övriga villkor

Uppdragsgivaren betalar antingen Yrkehögskolan Novia eller den studerande för examensarbetet

Ja _____ Nej

Uppdragsgivaren har för avsikt att utnyttja resultaten i sin verksamhet

Ja Nej _____

För övriga villkor som exempelvis tystnadsplikt, publicering eller ekonomisk ersättning avtalas separat.

Datum och underskrift 3.1.11

Uppdragsgivare

Studerande

PA/representant YH Novia

Caroline Staffas

Ann-Louise Glasberg

Bästa rektor,

Mitt namn är Caroline Staffas och jag studerar till sjukskötare vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa på tredje året. Under detta år kommer jag att göra mitt examensarbete. Syftet med studien är att i en jämförande kvantitativ studie mellan Vasa och Åland ta reda på hurdan vård unga kvinnor som lider av smärta vid samlag erbjuds samt på vilket sätt kvinnorna har blivit bemötta i vården. Med hjälp av studien önskar respondenten att kunskapen och förståelsen för ämnet skall öka bland berörd vårdpersonal men även hos drabbade kvinnor.

Informanterna är kvinnor i åldern 18-26 år gamla. Webbenkäterna kommer att sändas ut via e-mejl till studerande vid enheten. Respondenten önskar vända sig till era studerande som studerar på det sista läsåret. Enkäterna skall vara besvarade senast inom oktober månad 2011. När studeranden besvarat enkäten kommer svaren att samlas i ett dataprogram där respondenten sammanställer svaren.

Min önskan är att få vända mig till studerande vid Er utbildningsenhet och ber om tillåtelse till att få genomföra undersökningen. Studien kommer att genomföras konfidentiellt där svarandes anonymitet garanteras. Deltagande i undersökningen är frivilligt.

Med hopp om visat intresse!

Caroline Staffas

Respondent:

Caroline Staffas

caroline.staffas@novia.fi

0457-580 65 28

Handledande lärare:

Barbro Mattsson-Lidsle

barbro.mattsson-lidsle@novia.fi

Bästa enhetschef,

Mitt namn är Caroline Staffas och jag studerar till sjukskötare vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa på tredje året. Under detta år kommer jag att göra mitt examensarbete. Syftet med studien är att i en jämförande kvantitativ studie mellan Vasa och Åland ta reda på hurudan vård unga kvinnor som lider av smärta vid samlag erbjuds samt på vilket sätt kvinnorna har blivit bemötta i vården. Med hjälp av studien önskar respondenten att kunskapen och förståelsen för ämnet skall öka bland berörd vårdpersonal men även hos drabbade kvinnor.

Informanterna är kvinnor i åldern 18-26 år gamla. Webbenkäterna kommer att sändas ut via e-mejl till cirka 70 studerande vid enheten. Urvalet kommer att ske genom att tre stycken grupper väljs ut vid enheten. Enkäterna skall vara besvarade senast inom oktober månad 2011. När studeranden besvarat enkäten kommer svaren att samlas i ett dataprogram där respondenten sammanställer svaren.

Min önskan är att få vända mig till studerande vid Er utbildningsenhet och ber om tillåtelse till att få genomföra undersökningen. Studien kommer att genomföras konfidentiellt där svarandes anonymitet garanteras. Deltagande i undersökningen är frivilligt.

Med hopp om visat intresse!

Caroline Staffas

Respondent:

Caroline Staffas

caroline.staffas@novia.fi

0457-580 65 28

Handledande lärare:

Barbro Mattsson-Lidsle

barbro.mattsson-lidsle@novia.fi



YRKESHÖGSKOLAN NOVIA

Nr	Datum	
7/11	2.9.2011	<p>Beviljande av forskningslov</p> <p>Sjukskötarstuderande vid Novia Caroline Staffas har inkommit med anhållan om forskningslov för sitt examensarbete. Studien är en jämförande kvantitativ studie mellan Vasa och Åland om vård av unga kvinnor som lider av smärta vid samlag - hurudan vård erbjuds samt på vilket sätt kvinnorna har blivit bemötta i vården. Informanterna är kvinnor i åldern 20-28 år. Studien genomförs som webbenkät via e-post till cirka 70 studerande vid Novias enhet i Vasa, Roparnäs. Studien kommer att genomföras konfidentiellt där svarandes anonymitet garanteras. Deltagande i undersökningen är frivilligt.</p> <p>Beslut: Caroline Staffas beviljas lov att utföra sin undersökning för examensarbetet bland studerande vid Novias Campus Roparnäs.</p>

Raseborg den 2.9.2011

Distribution:
 Enhetschef/Vasa, Roparnäs
 FoU-ledare/Vasa, Roparnäs
 Sakägare

Bilaga 5

Bästa Studerande

Jag heter Caroline Staffas och studerar vid Yrkeshögskolan Novia till sjukskötare. Syftet med studien är att i en jämförande kvantitativ studie mellan Vasa och Åland ta reda på hurudan vård unga kvinnor som lider av smärta vid samlag erbjuds samt på vilket sätt de kvinnorna har blivit bemötta i vården. Med hjälp av studien önskar respondenten att kunskapen och förståelsen för ämnet skall öka bland berörd vårdpersonal men även hos drabbade kvinnor. Studien kommer att genomföras konfidentiellt där svarandes anonymitet garanteras. Deltagande i undersökningen är frivilligt. Jag hoppas dock att Du svarar sanningsenligt efter bästa förmåga. Enkäten skall senast vara besvarad inom oktober månad 2011.

Respondent: Caroline Staffas, 0457-580 65 28, caroline.staffas@novia.fi

Bilaga 6

Bästa Studerande

Jag heter Caroline Staffas och studerar vid Yrkeshögskolan Novia till sjukskötare. Under mitt tredje år i skolan skall jag skriva ett examensarbete som kommer att handla om smärta vid samlag. Syftet med studien är att i en jämförande kvantitativ studie mellan Vasa och Åland ta reda på hurudan vård unga kvinnor som lider av smärta vid samlag erbjuds samt på vilket sätt de kvinnorna har blivit bemötta i vården. Med hjälp av studien önskar respondenten att kunskapen och förståelsen för ämnet skall öka bland berörd vårdpersonal men även hos drabbade kvinnor.

I studien kommer cirka 200 unga kvinnor i åldern 18-26 år att delta från de båda orterna, och du är en av de utvalda.

Smärta vid samlag är ett vanligt förekommande problem bland unga kvinnor i hela världen. Dock finner man en stor okunskap inom vården. Okunskap vad gäller själva sjukdomen och vilka behandlingsformer som finns att tillgå. Det är mycket vanligt att dessa kvinnor diagnostiseras med en svampinfektion i underlivet och behandlas sedan med svampmedicin. Därför vill jag med denna studie öka kunskapen hos vårdpersonalen och på det sättet hjälpa de drabbade kvinnorna. Smärta vid samlag är en sjukdom som kan uppstå under sexuella aktiviteter så som penetration men även annan stimulering av det kvinnliga könsorganet. Smärtan behöver inte enbart vara orsakad av sexuella aktiviteter utan kan även uppstå vid aktiviteter så som vid tampongingörelse och gynekologiska undersökningar med mera. Orsaken till varför smärtan uppstår är fortfarande okänd i dagens läge och behandlingen inriktas istället på de symptom som uppstår.

Med den här webbenkätundersökningen önskar jag ta reda på vilken vård Du som drabbats har fått eller om Du ännu inte har fått vård. Med studien önskar jag även ta reda på hur bemötande har varit när du tagit kontakt med vården. Studien kommer att genomföras konfidentiellt där svarandes anonymitet garanteras. Svaren kommer att sparas i en databas där respondenten sedan sammanställer dem. Deltagande i undersökningen är frivilligt. Jag hoppas dock att Du svarar sanningsenligt efter bästa förmåga. Enkäten skall senast vara besvarad inom oktober månad 2011.

Ifall Du har några frågor eller om det är någonting annat du vill förmedla får Du gärna ta kontakt:

Respondent:

Caroline Staffas

caroline.staffas@novia.fi

0457-580 65 28

Handledare av examensarbete:

Barbro Mattsson-Lidsle

barbro.mattsson-lidsle@novia.fi

Tack för visat intresse!

Caroline Staffas

DEL I: Informanten

I den här delen av enkäten kommer Du att få besvara bakgrundsfrågor om dig själv.

1. Hur gammal är Du?*

- 18 19 20 21 22
 23 24 25 26
 Annat, Vad?

2. Var bor Du?*

- Vasa Åland

3. Vid vilken skola studerar Du?*

- Yrkehögskola
 Universitet
 Yrkesinstitut
 Gymnasium
 Annat, Vad?

4. Lever Du i ett förhållande? Isåfall hurdant?*

- Gift
 Sambo
 Pojkvän/flickvän
 Inget förhållande
 Annat, Vad?

5. Använder Du något av följande preventivmedel?*

Du får fylla i flera alternativ.

- P-Piller
 Minipiller
 P-ring
 Spiral
 Kondom
 Ingenting
 Annat, Vad?

6. Märk i mellan 1 och 5 hur Du upplever dig till följande påståenden.*

1=Stämmer inte 5=Stämmer överens.

	1	2	3	4	5
Jag upplever att jag har ångest.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag har höga krav på mig själv.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag upplever mig stressad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DEL II: Samlagssmärta

I den här delen av enkäten kommer Du att få besvara frågor som rör ämnet Smärta vid samlag.

7. Har Du haft samlag?*

- Ja Nej

8. Upplevde Du smärta vid första samlaget?*

Ja Nej

9. Blödde Du någonting under första samlaget?*

Mycket Inte så mycket Lite Ingenting alls

10. Anser Du dig sexuellt aktiv?*

Ja Nej Vet ej

11. Har Du upplevt smärta i underlivet vid någon av dessa aktiviteter som inte är förknippade med sexuella aktiviteter?*

Du får fylla i flera alternativ.

Tamponginförsel

Gynekologisk undersökning

Tajta kläder

Cykling

Nej

Annat, Vad? _____

12. Hur skulle Du beskriva den smärtan som uppstod vid första samlaget?*

Mycket stark

Stark

Inte så mycket

Våldigt lite

Har inte upplevt smärta vid samlag

13. Har Du under senare samlag upplevt smärta?*

Ja Nej

14. Hur skulle Du beskriva den smärtan?*

	Mycket stark/Intensiv	Stark	Inte så mycket	Våldigt lite	Har inte upplevt smärta vid samlag
Upplevd samlagssmärta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. När har smärtan uppkommit?*

Du får välja flera alternativ.

Före samlaget Under samlaget Efter samlaget Har inte upplevt smärta vid samlag

16. Kan Du ha samlag utan att det gör ont?*

Ja, oftast Ja, ibland Ja, enstaka gånger Nej Jag har inte upplevt smärta vid samlag

17. När började Din samlagssmärta?*

Efter första samlaget

Efter en tid med smärtfria samlag

Det går i perioder

Har alltid haft smärta

Har inte upplevt smärta vid samlag

Annat, Vad? _____

18. Under hur lång tid har Du upplevt smärta?*

0-2 månader

2-4 månader

4-6 månader

längre än 6 månader

Har inte upplevt smärta vid samlag

19. Har Du haft samlag fastän det gjort ont?*

Ja Nej Jag har inte upplevt smärta vid samlag

20. Om du svarade Ja på frågan varför har Du haft samlag fastän det har tagit ont?

21. Är smärtan vid samlag ett problem för Dig?*

Ja Nej Jag har inte upplevt smärta vid samlag

22. Är smärtan vid samlag ett problem för ditt förhållande?*

Ja Nej Jag har inte upplevt smärta vid samlag

23. Om Du svarade Ja på någon av frågorna på vilket sätt enligt Dig är smärtan ett problem? (För dig eller för ditt förhållande)



Smärta vid samlag

Page 3

DEL III: Vården

I den här delen av enkäten kommer Du att få besvara frågor som rör vården kopplat till smärta vid samlag.

24. Har Du uppsökt hjälp för din smärta?*

Ja Nej Jag har inte upplevt smärta vid samlag

25. Om du svarade Nej på frågan, varför har Du inte uppsökt hjälp för din smärta?

Smärtan är inget problem

Jag vet inte vart jag skall söka hjälp ifrån

Jag vågar inte

Jag vet inte

Annat, Vad?

26. Har Du fått någon hjälp för din smärta?

Ja

Nej

27. Om du svarade Ja på frågan, hurdan hjälp har du fått för din smärta?

28. Har den hjälpen lindrat Din smärta?

Ja

Nej

29. Om Du svarade Nej på fråga 26, Varför fick Du inte någon hjälp när Du sökte hjälp?



Smärta vid samlag

Page 4

DEL IV: Bemötande från vårdpersonal

Den här delen av enkäten handlar om hurdant bemötande Du har fått från vårdpersonalen.

30. Hur kände Du dig när Du tog kontakt med hälso- och sjukvården på grund av din smärta?
Om du har uppsökt hjälp för din smärta besvara frågan.

31. Hur bemötte vårdpersonalen Dig och Din smärta?

Om Du har sökt hjälp för din smärta besvara frågan.



Smärta vid samlag

Page 5

DEL V: Vården överlag

Den här delen av enkäten handlar om hur Du önskar att vårdpersonal skall bemöta patienter.

32. Huruvida förväntningar har Du inför vården överlag vad gäller sex och samlivet?

Totalsammanställning av svarsresultaten från webbenkäten

Fråga	Svarande (%)	Ej svarande (%)	Totalt (%)
1. Hur gammal är Du?			
18 år	4 (3 %)		
19 år	7 (5 %)		
20 år	24 (16 %)		
21 år	31 (21 %)		
22 år	24 (16 %)		
23 år	11 (7 %)		
24 år	13 (9 %)		
25 år	10 (7 %)		
26 år	14 (9 %)		
Annat	10 (7 %)		
			148 st (100 %)

2. Var bor Du?			
Vasa	138 (93 %)		
Åland	10 (7 %)		
			148 st (100 %)

3. Vid vilken skola studerar Du?			
Yrkeshögskola	98 (66 %)		
Universitet	49 (33 %)		
Yrkesinstitut	0 (0 %)		
Gymnasium	0 (0 %)		
Annat	1 (1 %)		
			148 st (100 %)

4. Lever Du i ett förhållande? Isåfall hurudant?			
Gift	17 (11 %)		
Sambo	72 (49 %)		
Pojkvän/Flickvän	37 (25 %)		
Inget förhållande	19 (13 %)		
Annat	3 (2 %)		
			148 (100 %)

5. Använder Du något av följande preventivmedel?			
P-Piller	60 (41 %)		
Minipiller	2 (1 %)		
P-Ring	12 (8 %)		
Spiral	8 (5 %)		
Kondom	47 (32 %)		
Ingenting	26 (18 %)		
Annat	4 (3 %)		
			148 (100 %)

6. Märk i mellan 1 och 5 hur Du upplever dig till följande påståenden.			
Jag upplever att jag har ångest.	148 (100 %)		
Jag har höga krav på mig själv.	148 (100 %)		
Jag upplever mig stressad.	147 (99 %)	1 (1 %)	

7. Har Du haft samlag?			
Ja	127 (96 %)		
Nej	5 (4 %)		
		16 (11 %)	132 (89 %)

8. Upplevde Du smärta vid första samlaget?			
Ja	79 (60 %)		
Nej	53 (40 %)		
		16 (11 %)	132 (89 %)

9. Blödde Du någonting under första samlaget?			
Mycket	8 (6 %)		
Inte så mycket	9 (7 %)		
Lite	44 (33 %)		
Ingenting alls	71 (54 %)		
		16 (11 %)	132 (89 %)

10. Anser Du dig sexuellt aktiv?			
Ja	109 (83 %)		
Nej	10 (8 %)		
Vet ej	13 (10 %)		
		16 (11 %)	132 (89 %)

11. Har Du upplevt smärta i underlivet vid någon av dessa aktiviteter som inte är förknippade med sexuella aktiviteter?			
Tamponginförsel	55 (42 %)		
Gynekologisk undersökning	58 (44 %)		
Tajta kläder	11 (8 %)		
Cykling	26 (20 %)		
Nej	46 (35 %)		
Annat	4 (3 %)		
		16 (11 %)	132 (89 %)

12. Hur skulle Du beskriva den smärtan som uppstod vid första samlaget?			
Mycket stark	8 (6 %)		
Stark	23 (17 %)		
Inte så mycket	41 (31 %)		
Väldigt lite	30 (23 %)		
Har inte upplevt smärta vid samlag	30 (23 %)		
		16 (11 %)	132 (89 %)

13. Har Du under senare samlag upplevt smärta?			
Ja	89 (67 %)		
Nej	43 (33 %)		
		16 (11 %)	132 (89 %)

14. Hur skulle Du beskriva den smärtan?			
Mycket stark/Intensiv	8 (6,11 %)		
Stark	24 (18,32 %)		
Inte så mycket	48 (36,64 %)		
Väldigt lite	16 (12,21 %)		
Har inte upplevt smärta vid samlag	35 (26,72 %)		
		17 (11 %)	131 (88 %)

15. När har smärtan uppkommit?			
Före samlaget	12 (9 %)		
Under samlaget	79 (60 %)		
Efter samlaget	42 (32 %)		
Har inte upplevt smärta vid samlag	34 (26 %)		
		17 (11 %)	131 (88 %)

16. Kan Du ha samlag utan att det gör ont?			
Ja, oftast	72 (55 %)		
Ja, ibland	20 (15 %)		
Ja, enstaka gånger	5 (4 %)		
Nej	3 (2 %)		
Jag har inte upplevt smärta vid samlag	31 (24 %)		
		17 (11 %)	131 (88 %)

17. När började Din samlagssmärta?			
Efter första samlaget	9 (7 %)		
Efter en tid med smärtfria samlag	14 (11 %)		
Det går i perioder	51 (39 %)		
Har alltid haft smärta	5 (4 %)		
Har inte upplevt smärta vid samlag	35 (27 %)		
Annat	17 (13 %)		
		17 (11 %)	131 (88 %)

18. Under hur lång tid har Du upplevt smärta?			
0-2 månader	33 (25 %)		
2-4 månader	6 (5 %)		
4-6 månader	3 (2 %)		
längre än 6 månader	48 (37 %)		
Har inte upplevt smärta vid samlag	41 (31 %)		
		17 (11 %)	131 (88 %)

19. Har Du haft samlag fastän det gjort ont?			
Ja	72 (55 %)		
Nej	23 (18 %)		
Har inte upplevt smärta vid samlag	36 (27 %)		
		17 (11 %)	131 (88 %)

20. Om du svarade Ja på frågan varför har Du haft samlag fastän det har tagit ont?

	64 (43 %)	84 (57 %)	
--	-----------	-----------	--

21. Är smärtan vid samlag ett problem för Dig?

Ja	30 (23 %)		
Nej	64 (49 %)		
Jag har inte upplevt smärta vid samlag	37 (28 %)		
		17 (11 %)	131 (89 %)

22. Är smärtan vid samlag ett problem för ditt förhållande?

Ja	21 (16 %)		
Nej	72 (55 %)		
Jag har inte upplevt smärta vid samlag	38 (29 %)		
		17 (11 %)	131 (89 %)

23. Om Du svarade Ja på någon av frågorna på vilket sätt enligt Dig är smärtan ett problem? (För dig eller för ditt förhållande)

	24 (16 %)	124 (84 %)	
--	-----------	------------	--

24. Har Du uppsökt hjälp för din smärta?

Ja	18 (14 %)		
Nej	75 (58 %)		
Jag har inte upplevt smärta vid samlag	37 (28 %)		
		18 (12 %)	130 (88 %)

25. Om du svarade Nej på frågan, varför har Du inte uppsökt hjälp för din smärta?

Smärtan är inget problem	50 (62 %)		
Jag vet inte vart jag skall söka hjälp ifrån	5 (6 %)		
Jag vågar inte	2 (2 %)		
Jag vet inte	12 (15 %)		
Annat	11 (14 %)		
		68 (46 %)	80 (54 %)

26. Har Du fått någon hjälp för din smärta?			
Ja	18 (19 %)		
Nej	78 (81 %)		
		52 (35 %)	96 (65 %)

27. Om du svarade Ja på frågan, hurudan hjälp har du fått för din smärta?			
	18 (12 %)	130 (88 %)	

28. Har den hjälpen lindrat Din smärta?			
Ja	16 (34 %)		
Nej	31 (66 %)		
		101 (68 %)	47 (32 %)

29. Om Du svarade Nej på fråga 26, Varför fick Du inte någon hjälp när Du sökte hjälp?			
	21 (14 %)	127 (86 %)	

30. Hur kände Du dig när Du tog kontakt med hälso- och sjukvården på grund av din smärta?			
	19 (13 %)	129 (87 %)	

31. Hur bemötte vårdpersonalen Dig och Din smärta?			
	17 (11 %)	131 (88%)	

32. Hurudana förväntningar har Du inför vården överlag vad gäller sex och samlivet?			
		119 (80 %)	29 (20 %)