

Främjandet av kvinnans hälsa under klimakteriet

- En litteraturstudie

Emma-Lotta Nordström & Veera Raitala

Examensarbete

Vård

2014

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	14421 & 14242
Författare:	Emma-Lotta Nordström & Veera Raitala
Arbetets namn:	Främjandet av kvinnans hälsa under klimakteriet – en litteraturstudie
Handledare (Arcada):	Annika Niemi
Uppdragsgivare:	Arcada-Nylands svenska Yrkeshögskola
<p>Sammandrag:</p> <p>Avsikten med detta arbete är att klargöra på vilket sätt man kan främja kvinnans hälsa under klimakteriet, för att som vårdare ha kunskapen att stöda kvinnan på ett hälsofrämjande sätt. Två frågeställningar formulerades, 1. Vad påverkar kvinnans upplevda hälsa under klimakteriet? och 2. På vilket sätt kan man inom vården stöda kvinnan under klimakteriet? Studien är en kvalitativ litteraturstudie där materialet har analyserats med en innehållsanalys. Materialet består av 20 artiklar. Två olika referensramar valdes till studien: Katie Erikssons – <i>Hälsa</i> och Joyce Travelbees – <i>Människa till människa</i> teorin. Resultatet av bägge forskningsfrågor har delats in i tre huvudkategorier. Det sammankopplade resultatet av studien var att det finns ett behov av mer handledning för kvinnan innan menopausen samt att en ökad kunskap om kroppsliga förändringar hos kvinnan stöder en upplevelse av en god hälsa under klimakteriet.</p>	
Nyckelord:	klimakteriet, menopaus, stöd, kvinnan, hälsa
Sidantal:	48
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	14421 & 14242
Author:	Emma-Lotta Nordström & Veera Raitala
Title:	Health promotion of the woman during menopause – A literature study
Supervisor (Arcada):	Annika Niemi
Commissioned by:	Arcada University of Applied Sciences
<p>Abstract:</p> <p>The purpose of this study is to clarify how to promote women's health during the climacterium, to gain knowledge and to support women in a health promoting way from a nursing perspective. Two research questions were formed, 1. What affects women's conception of health during the climacterium? and 2. How can one through nursing support women during the climacterium? This study is a qualitative literature study, and the material was analyzed by content analysis. The material consists of 20 articles. As the theoretical perspective Katie Eriksson's - <i>Health</i> and Joyce Travelbee's – <i>Human-To-Human</i> theories were used. The result of each research question was divided in three main categories. The combined result of the study was that there is a need for more guidance for women before menopause and that women's increased knowledge about bodily changes also supports the experience of good health during the climacterium.</p>	
Keywords:	climacterium, menopause, support, woman, health
Number of pages:	48
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoito-ala
Tunnistenumero:	14421 & 14242
Tekijä(t):	Emma-Lotta Nordström & Veera Raitala
Työn nimi:	Naisen terveyden edistäminen vaihdevuosien aikana – kirjallisuuskatsaus
Työn ohjaaja (Arcada):	Annika Niemi
Toimeksiantaja:	Arcada-Nylands svenska yrkeshögskola
<p>Tiivistelmä: Työn tavoite on selventää millä tavoin edistää naisen terveyttä vaihdevuosien aikana, pystyäkseen hoitajana omaamaan tiedon ja taidon naisen tukemiseen tässä elämänvaiheessa. Kaksi tutkimuskysymystä laadittiin, 1. Mikä vaikuttaa naisen kokemaan terveyteen vaihdevuosien aikana? sekä 2. Kuinka hoitoalalla voidaan tukea naista vaihdevuosien aikana? joista yksi painottuu naisen kokemuksiin ja toinen naisen tukemiseen vaihdevuosissa. Tutkimus on laadullinen kirjallisuuskatsaus ja materiaali analysoitiin sisältöanalyysin tavoin. Materiaali koostuu 20 artikkelista. Katie Erikssonin - <i>Terveys</i> ja Joyce Travelbeen – <i>Ihmiseltä ihmiselle</i> teorit valittiin tutkimuksen teoreettisiksi viitekehyksiksi. Tutkimustulokset jaettiin kolmeen eri pääkategoriaan, joista ilmeni naisten tarve saada ohjausta ennen menopaussia sekä että, lisäämällä naisen tietotasoa kehon muutoksissa tukee kokemusta hyvästä terveydestä vaihdevuosien aikana.</p>	
Avainsanat:	vaihdevuodet, menopaussi, tuki, nainen, terveys
Sivumäärä:	48
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

INLEDNING	6
2 BAKGRUND	7
2.1 Klimakterium och menopaus	8
2.2 Kvinnohormonernas produktion	9
2.3 Hormonbehandling	9
2.4 Olika former av hormonbehandling	10
2.4.1 Periodisk kombinationsvård/Sekvensbehandling.....	11
2.4.2 Fortsatt kombinationsvård/Kontinuerlig behandling	11
2.4.3 Doserad östrogenvård.....	11
2.4.4 Lokal östrogenvård.....	11
2.5 Alternativ vård	12
2.5.1 Tibolon & SERM.....	12
2.5.2 Akupunktion.....	12
2.5.3 Hälsosamma livsvanor	13
3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	13
3.1 Syfte och frågeställningar	13
4 METOD	14
4.1 Litteraturstudie.....	14
4.2 Innehållsanalys.....	14
5 MATERIAL	15
5.1 Datasamling.....	15
5.2 Inklusionskriterier	16
5.3 Exklusionskriterier	16
5.4 Materialpresentation.....	18
6 TEORETISK REFERENSRAM	24
6.1 Katie Eriksson - Hälsans idé	24
6.1.1 <i>Hälsa är sundhet, friskhet och välbefinnande</i>	25
6.2 Joyce Travelbee	25
6.2.1 <i>Human-to-Human relationship</i>	25

7	FORSKNINGSDESIGN	27
8	FORSKINGSETISKA REFLEKTIONER	28
9	RESULTATREDOVISNING	29
9.1	Vad påverkar kvinnans upplevda hälsa under klimakteriet.....	29
9.1.1	<i>Uppfattningen av den klimakteriska övergångsfasen</i>	29
9.1.2	<i>Komponenter vid upplevd ohälsa under klimakteriet</i>	33
9.1.3	<i>Upplevelse av välmående under klimakteriet</i>	35
9.2	På vilket sätt kan man inom vården stöda kvinnan under klimakteriet.....	36
9.2.1	<i>Tid</i>	36
9.2.2	<i>Stöd</i>	37
9.2.3	<i>Expertkunnande</i>	39
10	DISKUSSION	40
11	KRITISK GRANSKNING	43
	KÄLLOR	45

Figurer

Figur 1	<i>Arbetsprocessen</i>	25
---------	------------------------------	----

Tabeller

Tabell 1	<i>Sökningen av material</i>	17
----------	------------------------------------	----

Bilagor

Figur 2	<i>Arbetsfördelning</i>	48
---------	-------------------------------	----

INLEDNING

Människan är i ett konstant tillstånd av förändring, som människa växer man, utvecklas och mognar såväl fysiskt som psykiskt. Denna förändring och utveckling är en del av naturens och livets gång, att födas, leva och dö. Kroppen förändras i enlighet med dessa livsskeden. Precis som kvinnans kropp förändras vid puberteten i ett reproduktivt syfte, sker det förändringar då människan och kroppen föråldras. Det är denna förändring i kroppen respondenterna vill med detta arbete studera. Respondenterna önskar speciellt uppmärksamma hur klimakteriet påverkar kvinnans hälsa, kvinnans behov och stöd ur ett vårdande perspektiv under livsfasen då kroppen stänger det reproduktionsfönster som öppnats under puberteten.

I Sverige hör mödravårdscentraler till primärvården. I dessa centraler arbetar huvudsakligen barnmorskor, gynekologer och läkare. Barnmorskorna ansvarar för vården av kvinnan under den reproduktiva fasen samt under och efter menopaus. Den regelbundna kontakten mellan kvinnan och barnmorskan livet igenom försäkrar ett gott informationsflöde och vård, vilket främjar kvinnans hälsa. (Berterö 2003:110) Respondenterna upplever att kvinnor i klimakteriefasen inte tas i beaktande på liknande sätt i den finska primärvården.

Precis som var människa föråldras genomgår också var kvinna klimakteriet. Som blivande vårdare vill respondenterna ha en omfattande bild av människans livscykel och upplever att det finns en brist i vården av kvinnan i klimakteriet. Därför vill respondenterna lyfta fram klimakteriet, då det är en livs fas som ofta förbises inom primärvården.

Forskningen är ett beställningsarbete av Arcada-Nylands svenska yrkeshögskolas Kvinnoprojekt. Respondenternas eget intresse styrde valet av ämne och tillsammans med Kvinnoprojektet kunde respondenterna utföra en grundläggande studie för vidare forskning inom vården av kvinnor i klimakteriet. Respondenterna hoppas att detta arbete inspirerar till vidare forskning och i sin tur till vidare utveckling av vården och stödet av kvinnan i klimakteriet.

2 BAKGRUND

I följande kapitel redovisas de centrala begreppen klimakterium och menopaus, kort om kvinnohormonernas produktion samt de olika behandlingsmetoderna för symptomen som

uppstår då kvinnan kommer in i klimakteriet. Syftet med att presentera de olika behandlingsmetoderna är att läsaren skall lättare förstå ämnet, och mängden behandlingsmöjligheter kvinnan har att välja mellan. Respondenterna har valt att dela behandlingsmetoderna i två olika grupper; hormonbehandlingar och alternativ vård.

2.1 Klimakterium och menopaus

Klimakterium eller övergångsåldern är ett vanligt skede i kvinnans liv där kroppen börjar så småningom minska östrogenproduktionen och till sist och slut upphör produktionen helt och hållet. Detta innebär att kvinnan inte längre är fertil. Klimakterieperioden kan vara i ca 10 år. Ungefär halvvägs in i detta 10 åren sker menopausen, det är då kvinnan har haft sin sista menstruation. Ordet menopaus kommer ifrån det grekiska ordet *menos* som betyder månad och *pause* som betyder slut. Menopausen sker hos den finska kvinnan i ca 48-52 års åldern. (Eskola & Hytönen 2002: 359)

Lättretlighet, värmevallningar, depression, huvudvärk, försämring av minnet, viktökning, sömnlöshet, led-och muskelsmärk och gråtmildhet är alla mycket vanliga symptom som förekommer i klimakterium. Alla kvinnor är dock individuella, vilket betyder att symptomen och hur symptomen upplevs sker individuellt. Symptomer kan uppträda redan före själva menopausen men symptomen upplevs som starkast under första året efter sista menstruationen. (Eskola & Hytönen 2002: 362-363)

Fastän klimakteriet är en vanlig period i kvinnans liv kan det finnas mycket fysiska och psykiska besvär som uppkommer och stör kvinnans vardag och således hälsa. Kvinnan i klimakteriet har mycket behandlingsformer att välja mellan och har rätt att göra valet av behandlingsform själv. För att göra ett så stort beslut behöver kvinnan få tillräcklig och ärlig information av professionella inom hälsovården som kan erbjuda den typ av information. Det är vårdarens uppgift att skapa en trygg och lugn stämning så att kvinnan känner sig trygg i att öppet dela med sig av sina upplevelser och uppfattningar. (Eskola & Hytönen 2002:368)

Respondenterna vill lyfta fram vårdarens uppgift så som den framkommer i det tidigare stycket som det centrala i denna studie och i vården av kvinnan i klimakteriet. Som

blivande vårdare inser respondenterna att för att främja kvinnans hälsa måste även vården utgå från kvinnan.

2.2 Kvinnohormonernas produktion

Den reproduktiva kvinnans hormonproduktion sker i äggstockarna i och med ägglossningen, eller ovulationen. Då ägglossningen skett, bildas ett hormonproducerande körtel som kallas gulkroppen. Gulkroppen producerar både östradiol, som är det viktigaste östrogenet, och progesteron. (Sand et. al 2006: 499-501)

I samband med menses och ägglossningen producerar kvinnans kropp stora mängder kvinnliga könshormoner i ca 10-12 dagar och då kvinnan kommer in i menopausen och menses upphör, stagneras även hormonproduktionen från gulkroppen. Då det i menopausen inte längre finns några äggceller kvar, kan det inte heller ske någon ägglossning och där påföljande hormonproduktion. (Sand et.al 2006: 499, 516)

2.3 Hormonbehandling

Hormonbehandling av klimakteriesymptom påbörjades i USA under 1960-talet. Eftersom det kvinnliga könshormonet östrogen skyddar ben och artär, samt sköter hud och slemhinnor kan det ske en betydlig försämring i kvinnans fysiska välmående i och med menopausen. Detta kan delvis återbörjas i och med ett tillskott av de hormon vilkas naturliga produktion avstannat. (Rutanen & Ylikorkiala 1998: 11-13)

Efter menopausen och stagneringen av östrogenproduktionen i kroppen räknar man att BMD (Bone Mass Density) hos kvinnan sjunker 1-2% / a. En sådan minskning kan på långsikt resultera i insjuknande i osteoporos. Även om BMD kan med hjälp av levnadsvanor innan och efter menopausen stärkas uppnår bentätheten sin topp hos kvinnan redan i 35-års åldern då östrogenproduktionen är i full gång. Efter menopausen aktiverar bortfallet av östrogenet osteoklasterna i benvävnaden. (Rutanen & Ylikorkiala 1998: 11-12) Osteoklasterna är celler som ligger på benvävnadens yta och bryter ner bensubstans. Även nybildningen av benvävnad minskar i och med minskad östrogen produktion. (Sand et.al 2006:208,216)

Inom förebyggande vård samt behandling av klimakteriesymptom pratar man om helhetsverkan och lokalverkan som hormonbehandling medför. Till helhetsverkan av hormonbehandling hör ett fortsatt skydd för ben och artärer i form av fortsatt nybildning av benvävnad samt reglering av osteoklastren. Goda hälsoinverkan på artärerna innebär bland annat att lipiderna, alltså de goda fetterna i blodet hålls på en god nivå och således förebygger åderförkalkning. Även underlättandet av symptom som besvärar det dagliga livet, värmevallningar, nattliga svettningar och blödningsrubbingar räknas till helhetsverkan. Hälsofrämjande lokalverkan av hormonbehandling innefattar uppehållet av hud- och slemhinna elasticitet och sekretion. (Rutanen & Ylikorkiala 1998:12-13).

Tanken med hormonbehandling för kvinnor i klimakteriet är att uppehålla det skydd hormonerna erbjuder under den reproduktiva fasen och underlätta vardagen, men rekommenderas inte längre endast i ett förebyggande syfte. Däremot erbjuder det en god helhetsverkan om sådana symptom uppkommer. (Langer 2006:76-77)

2.4 Olika former av hormonbehandling

Även om hormontillskott för kvinnor i samband med behandling av klimakteriesymptom använts sedan 60-talet räknas det som en relativt ny behandlingsform som förändras i och med nya forskningar och ny teknologi. Rekommendationerna för hormonbehandling är således ett mycket forskat och levande koncept. Tidigare har man haft en viss frimodighet då det kom till behandlingstiderna, som nu avtagit och läkarna antagit ett mer försiktigt förhållningssätt.

Det som bestämmer behandlingsformen är kvinnans val, aktuella rekommendationer, uppvisade symptom och fysiologiska aspekter som till exempel en tidigare hysterektomi. Till de fysiologiska aspekterna ingår även tidigare fall av blodpropp, försämrad blodkoagulation, bröstcancer, livmodercancer, aktiv leversjukdom, blodtryckssjukdom eller hjärtproblematik, i dessa fall rekommenderas inte hormonersättning som symptombehandling. (Javanainen 2004:61-74)

En kvinna med intakt livmoder skall medicineras med kombinationshormon (Javanainen 2004:62). Då kombineras östrogenet med progesteron som hör till de kvinnliga könshormonen som kroppen utsöndrar vid ägglossning. Progesteronets uppgift är att

reglera den tillväxt i livmoderns slemhinnor som östrogenet stimulerar, för att således förebygga överdriven tillväxt och risk för livmodershalscancer. (Rutanan & Ylikorkiala 1998:13-16)

2.4.1 Periodisk kombinationsvård/Sekvensbehandling

En långtidsvård av klimakteriesymptom där intag av både östrogen och progesteron i tablettform sker i 28 dagars perioder. I en periodisk kombinationsvård av östrogen och progesteron äter man under den hela 28 dagars period östrogen och under den sista tiden av perioden både östrogen och progesteron. Efter progesteron-perioden håller man paus från hormontillskotten. Progesteronet kan ofta resultera i en menstruationsliknande sekretion. (Javanainen 2004: 62-63)

2.4.2 Fortsatt kombinationsvård/Kontinuerlig behandling

Den fortsatta kombinationsvården med östrogen och progesteron rekommenderas att påbörjas till och med ett år efter menopausen. Detta på grund av att en fortsatt användning av hormontillskott utan pauser avstannar totalt den naturliga menstruationen. Denna form av hormonbehandling äter man i tablettform och konstant i en kombination av östrogen och progesteron. Dock rekommenderar läkarna inte längre än 5 års behandlingstider. (Javanainen 2004: 61-63)

2.4.3 Doserad östrogenvård

En självdoserad östrogenvård administreras som gel på huden. Genom att kvinnan själv doserar östrogenet vid upplevelse av symptom kan även hormonintaget regleras till ett minimum. (Javanainen 2004: 63-64) Eftersom denna hormonbehandling innehåller endast östrogen lämpar den sig för kvinnor med bortopererad livmoder. (Langer 2006: 79-80)

2.4.4 Lokal östrogenvård

Då kvinnan använder sig av lokal östrogenvård påverkas inte resten av kroppen av hormonintaget. Lokal östrogenvård kan förverkligas genom dosering av östrogenet till exempel direkt i slidan för att behandla symptom som urinbesvär samt torr slida. (Langer 2006: 77-80) Denna typ av behandling lämpar sig även för kvinnor som inte annars på grund av tidigare nämnda fysiologiska orsaker kan behandlas med hormonpreparat som

direkt distribueras i kroppen genom blodbanan. Därmed lindrar preparatet lokala symptom, men kan inte påverka symptom som värmevallningar. (Javanainen 2004:64-65)

2.5 Alternativ vård

Hormonbehandling passar inte till alla kvinnor och vissa kvinnor väljer att avstå från hormonbehandlingar på grund av riskfaktorer som uppstår med dessa. Dessa kvinnor har olika slags alternativ att välja mellan då de kommer till att minska klimakteriesymptom.

2.5.1 Tibolon & SERM

Tibolon och SERM (Selektiva Östrogen Receptor Modulerande medel) är syntetiska preparat som kan användas för att minska klimakteriesymptom. Ett syntetiskt preparat är artificiellt sammanställt, och i detta fall har man önskat utveckla ett preparat som fungerar som östrogen men innehåller inte någon östrogenhormon, alltså ett syntetiskt östrogenpreparat. Både och av dessa preparat finns i tablettform. Både Tibolon och SERM skyddar ben och därmed förebygger osteoporos. Dessa syntetiska preparat passar inte ändå till alla kvinnor, och kan även förvärra symptomen hos vissa. (Westerlund & Saarinen 2011: 99-100)

2.5.2 Akupunktur

Akupunktur har sitt ursprung i kinesisk medicin men har spritt sig över hela världen. I västerländerna har man redan länge använt akupunktur för behandling av smärta. Vid akupunktur används 8-20 stycken tunna nålar som sätts in på olika ställen av kroppen för att minska eller totalt ta bort olika slags symptom. För kvinnor som inte vill utsätta sin kropp för extra hormoner är akupunktur värt att prova på även om forskningsresultaten för akupunkturens positiva verkan på klimakteriesymptom än så länge är relativt knappa. Bevisligen har akupunktur inga biverkningar, förutom små blåmärken som kan uppstå vid stickpunkterna. (Westerlund & Saarinen 2011: 100-101)

2.5.3 Hälsosamma livsvanor

Det är viktigt att leva ett sunt och hälsosamt liv hela livet igenom, också då man närmar sig klimakteriet. Med motion och kost kan man påverka de möjliga symptomen på egen hand.

Motion är ett enkelt sätt att minska de symptom som kan förekomma i och med menopausen eftersom motion ökar östrogenmängden i blodet, som i sin tur minskar symptomen. De har bevisats att motion minskar speciellt sömnlöshet och värmevallningar. Eftersom osteoporosrisken ökar då man kommer in i menopaus åldern är det viktigt att förebygga benskörheten med hjälp av enkel motion som promenader eller joggning som förstärker benen. (Javanainen 2004: 84-85)

Som tidigare nämnts slutar östrogenproduktionen då man kommer in i menopausåldern och detta gör att man lättare kan gå upp i vikt. Det är oerhört viktigt att hålla reda på sin kost när man kommer in i menopausen, inte bara för att hålla sig i normalviktig men också för att rätt slags näring kan lätta symptomen. (Javanainen 2004: 89)

Stora mängder alkohol samt rökning ingår inte i en hälsosam kost. Visst, små mängder alkohol kan bidra till kroppens avkoppling, vilket ökar östrogenmängden i blodet tillfälligt. Således har avkopplingen en gynnsam effekt på menopaus symptom, dock om man konsumerar stora mängder alkohol minskar östrogenhalten. Detta kan förvärra menopaus symptomen eller till och med för tidiggöra självaste menopausen. Tobak i sin tur kan påverka menopausen på många olika sätt. Menopausen börjar ofta 1-2 år tidigare hos rökare än hos icke-rökare. Värmevallningar, sömnlöshet och trötthet är symptom som ökar speciellt hos rökare i menopausen. (Javanainen 2004:92-94)

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

I följande kapitel presenterar respondenterna syftet noggrannare samt forskningsfrågorna som utarbetats utgående från syftet.

3.1 Syfte och frågeställningar

I och med det föråldrande populationen i Finland är det viktigt att denna fas som ingår i varje kvinnas liv studeras så att man i framtiden kan förbättra den vård kvinnorna får idag.

Respondenternas syfte med denna studie var att klargöra på vilket sätt man kan främja kvinnans hälsa under klimakteriet, för att som vårdare har kunskapen att stöda kvinnan på ett hälsofrämjande sätt. Respondenternas frågeställningar är;

1. Vad påverkar kvinnans upplevda hälsa under klimakteriet?
2. På vilket sätt kan man inom vården stöda kvinnan under klimakteriet?

4 METOD

Då man utför en studie har man oftast ett mål. För att uppnå målet måste man ha en metod och metoden fungerar som ett redskap för att uppnå ny kunskap. (Holme & Solvang 2006:13)

Respondenterna har valt att göra en kvalitativ litteraturstudie för att få en grundläggande förståelse om klimakteriet och hur den kan påverka kvinnans hälsa. I följande kapitel presenteras den forsknings- och analysmetod som använts i denna studie.

4.1 Litteraturstudie

En kvalitativ litteraturstudie, även känd som källstudie går ut på att samla in sekundärdata, alltså material som någon annan redan samlat in. Sekundärdata kan vara siffor och statistik men också text. Problematiken som kan uppstå i en litteraturstudie är att materialet som plockats ihop kan verka passa bra in i den egna studien, även om forskaren har gjort studien i ett helt annat syfte. Detta betyder att man måste kritisk granska materialet man kommer att använda för att uppehålla trovärdigheten i studien. (Jacobsen 2007:112-115)

4.2 Innehållsanalys

Respondenterna har valt som analysmetod att utföra en kategoriserande innehållsanalys i studien. En innehållsanalys innebär att man tolkar texten i materialet som en faktisk källa även om den är subjektiv. (Jacobsen 2007:139)

Enligt Jacobsen (2007:139) finns det fem faser som genomgås då man framför en innehållsanalys;

1. *kategorisering, alltså att dela upp texten i ett antal teman eller problemställningar*
2. *fylla kategorierna med innehåll, illustrera dem med hjälp av citat*
3. *räkna hur ofta ett tema eller en problemställning nämns*
4. *jämföra intervjuer/observationer och söka efter skillnader och likheter*
5. *söka förklaringar till skillnader*

Respondenterna har valt att analysera materialet med en induktiv förhållningsätt. I en induktiv analys går man från empiri till teori, och materialet som samlas in väljs så öppet som möjligt. Då materialet samlas in med öppenhet undviker man att några förutbestämda uppfattningar påverkar resultatet av studien. (Jacobsen 2007:49)

Respondenterna började analysen med att läsa artiklarna igenom några gånger. Båda respondenterna sökte material till båda forskningsfrågorna. Respondenterna skrev upp meningar på pappersbitar och klippte ut dem. Sedan började respondenterna leta efter likheter i meningarna och sedan byggde dem upp i olika kategorier som sedan ledde till att huvudkategorierna och underkategorierna utvecklades.

5 MATERIAL

I följande kapitel redovisas datainsamlingen, exklusions- och inklusionskriterier, en tabell över sökningarna samt en presentation av funnet material.

5.1 Datainsamling

Alla artiklar som använts i denna studie är samlade från Academic Search Elite/EBSCO, Cinahl/EBSCO samt Google Scholar. Sökningen av material påbörjades redan i november 2013 men de sista artiklarna valdes i början av mars 2014 på grund av att syftet och frågeställningarna omformulerades under arbetsprocessen.

Många olika sökningar gjordes för att hitta material som kunde ge svar på forskningsfrågorna och eftersom forskningsfrågorna ändrades under arbetsprocessen gjordes det ännu en till sökning senare. Sökningarna som gjordes för denna studie innehöll

ordet menopause och var kombinerat med dessa olika sökord; caring, hormone therapy, hormone replacement therapy, management, decision making, experience, alternative treatment och guidance. Fler sökningar med tyngdpunkten i stödandet och handledningen av kvinnan under klimakteriet fanns det inte behov av då de övriga sökningar resulterade i material användbart för bägge analyser. En sökning gjordes också med bara orden hormone therapy AND quality of life. Materialet valdes på basis av rubrik, abstrakt och genom en överblick av innehållet. En sökning gjordes även på finska med sökorden vaihdevuodet AND elämys och på svenska med sökorden klimakteriet AND upplevelse. Den svenska sökningen gav mycket träffar men största delen var gjorda på kandidatnivå och kunde inte inkluderas i studien.

5.2 Inklusionskriterier

Materialet begränsades till år 2000-2014 för att undvika för gammalt material, ändå valdes det två stycken forskning från 90-talet på grund av deras relevanta innehåll och ursprung. Andra inklusionskriterier var att materialet skulle vara i full text och att materialet skulle vara expertgranskat (peer-reviewed). Språket i materialet skulle vara på engelska, finska eller svenska. Världsomfattande material inkluderades på basis av relevans.

5.3 Exklusionskriterier

Material som fanns i full text mot betalning exkluderas ur studien. År 2002 kom *Women's Health Initiative* tidningen ut med en forskning gällande hormonterapiens risker. Efter denna forskning gjordes det många studier om hur just denna forskning påverkade kvinnorna och deras uppfattning om hormonterapi, de forskningarna exkluderas ur studie. Studier gjorda på andra språk än engelska, finska och svenska exkluderas ur studien.

Tabell 1. Beskriver sökningarna som gav användbart material.

Databas	Sökning	Träffar	Valda artiklar
Academic Search Elite/EBSCO	menopause AND alternative AND treatment	141	1
Academic Search Elite/EBSCO	menopause AND caring	13	2
Academic Search Elite/EBSCO	menopause AND decision making	47	1
Academic Search Elite/EBSCO	menopause AND experience AND nursing	61	1
Cinahl/EBSCO	menopause AND experience	49	3
Cinahl/EBSCO	menopause AND management	37	3
Cinahl/EBSCO	menopause AND perception	9	1
Cinahl/EBSCO	hormone therapy AND quality of life	39	1
Google Scholar	menopause AND decision making	40 800	1

Efter dessa sökningar gjorde respondenterna ännu en sökning på Academic Search Elite/EBSCO med sökorden menopause AND hormone replacement therapy och denna sökning begränsades inte med ett årtal och en studie valdes från denna sökning. De fem resterande artiklarna hittades med den så kallade snöbollseffekten. Med snöbollseffekt menas det att respondenterna granskar alla källor i redan funnet material, och letar upp de artiklar man tror sig ha användning för i studien. Sammanlagt valdes det 16 stycken artiklar till denna studie.

5.4 Materialpresentation

I följande kapitel redovisas artiklarna som valts till denna studie. En kort sammanfattning ges av studiernas metod och syfte.

1. Treating vasomotor symptoms of menopause: The nurse practitioners perspective

Författare: Ivy M. Alexander & Anne Moore

Årtal/Land: 2007/USA

Metod: Undersöka aktuell vetenskaplig litteratur. En icke-experimentell studie.

Syfte: Artikelns syfte var att ge en överblick av symptom som kan uppstå i menopaus samt de olika behandlingsmetoderna.

2. Menopausal symptom perception and severity: results from a screening questionnaire

Författare: Judith A. Berg et al.

Årtal/Land: 2008/USA

Metod: En kvantitativ enkätstudie med 110 informanter.

Syfte: Syftet i studien var att utforska perceptionen av symptom hos kvinnor som deltagit i en studie om symptomhantering.

3. What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period

Författare: Carina Berterö

Årtal/Land: 2003/Sverige

Metod: En kvalitativ semi-strukturerad intervjustudie där 39 deltog.

Syfte: Studiens syfte var att identifiera och beskriva förväntningar, uppfattningar och kunskap om menopausen och symptom som uppstår i klimakteriet.

4. Women's knowledge about menopause, hormone replacement therapy (HRT), and interactions with healthcare providers: An exploratory study

Författare: Cynthia Clinkingbeard et al.

Årtal/Land: 1999/USA

Metod: En anonym enkätstudie med öppna frågor som 665 kvinnor svarade på.

Syfte: Studiens syfte var att utforska kvinnornas kunskap om klimakteriet och hormonterapi samt få reda på källorna till kvinnornas kunskap och hurdan grundläggande kunskap de har.

5. Lifestyle risk management – a qualitative analysis of women's description of taking hormone replacement therapy following surgically induced menopause

Författare: Marie Crowe et al.

Årtal/Land: 2011/Nya Zeeland

Metod: En kvalitativ semi-strukturerad intervjustudie av 30 kvinnor som hade genomgått hysterektomi.

Syfte: Studiens syfte var att utforska hur kvinnorna gjort sitt beslut av behandlingsmetod efter att genomgått hysterektomi.

6. Clinical practice guidelines: Management of menopause

Författare: Mary Jo Goolsby

Årtal/Land: 2001/USA

Metod: En icke-experimentell studie.

Syfte: Syftet i artikeln var att forma riktlinjer utgående från två tidigare publicerade riktlinjer, ena betonade den medicinska aspekten och den andra handledningen av kvinnan klimakteriet.

7. Experience and opinions of climacterium by Finnish women

Författare: Elina Hemminki et al.

Årtal/Land: 1995/Finland

Metod: En kvantitativ enkätstudie som 1713 kvinnor svarade på.

Syfte: Studiens syfte var att utforska finska kvinnans upplevelser och åsikter om klimakterium.

8. An overview of the menopause: assessment and management

Författaren: Debra Holloway

Årtal/Land: 2011/England

Metod: En icke-experimentell studie. Artikeln ger en överblick av symptom behandlingar och specifika behov kvinnorna har under klimakteriet, samt vårdarens roll.

Syfte: Artiklens syfte var att erbjuda information åt kvinnor i klimakteriet.

9. Menopausal women's positive experience of growing older

Författare: Lotte Hvas

Årtal/Land: 2005/Danmark

Metod: En kvalitativ intervjustudie där 24 kvinnor i klimakteriet intervjuades.

Syfte: Studiens syfte var att beskriva kvinnornas positiva upplevelser av klimakteriet och av föråldras.

10. Women's conception of the menopausal transition – a qualitative study

Författare: Lindh-Åstrand et al.

Årtal/Land: 2007/Sverige

Metod: En kvalitativ studie där 20 semi-strukturerade intervjuer mellan patient och läkare analyserades.

Syfte: Syftet i studien var att undersöka om uppfattningen av menopaus skiljer sig hos kvinnor som söker medicinskt hjälp till klimakteriesymptom och att förklara dessa uppfattningar.

11. Menopausal symptom experience: an online forum study

Författare: Eun-ok Im et al.

Årtal/Land: 2008/USA

Metod: En kvalitativ analys på ett nätbaserat diskussionsforum om klimakteriet där 27 kvinnor deltog genom att diskutera upplevelser av klimakteriet.

Syfte: Syftet i studien var att undersöka symptom upplevelser i klimakteriet hos kaukasiska kvinnor.

12. Women's experience of being well during peri-menopause: A phenomenological study

Författare: Sandra MacKey

Årtal/Land: 2007/Australien

Metod: En kvalitativ studie där 18 kvinnor intervjuades på ett ostrukturerat sätt.

Syfte: Studiens syfte var att undersöka kvinnornas välmående under peri-menopaus på ett sådant sätt att kvinnorna fick öppet berätta om sina upplevelser.

13. The lived experience of perimenopause and menopause

Författare: Suzanne K. Marnocha et al.

Årtal/Land: 2011/USA

Metod: En kvalitativ studie där 13 kvinnor intervjuades med en djupgående metod. Kvinnorna fick även rita en bild om deras syn på klimakteriet.

Syfte: Studiens syfte var undersöka kvinnornas upplevelser i klimakteriet och denna fas påverkan på livet genom att låta kvinnornas röst höras.

14. Healthy women with a family history of breast cancer: impact of tailored genetic counselling intervention on risk perception, knowledge, and menopausal therapy decision making

Författare: Ellen T. Matloff et al.

Årtal/Land: 2006/USA

Metod: En pilotstudie med två test grupper där alla deltagare hade åtminstone en närsläkting som insjuknat i bröstcancer. Ena gruppen undergick hälsokontroller och den andra gruppen fick vårdhandledning. Deltagarnas beslutsfattningsförmåga jämfördes.

Syfte: Syftet i studien var att utforska ifall en personifierad riskutvärdering och handledning utvecklad för denna pilotstudie skulle påverka kvinnans kunskap, uppfattning av risker och beslutsfattning hos deltagarna.

15. Does the menopausal transition affect health-related quality of life?

Författare: Karen A. Matthews & Joyce T. Bromberger

Årtal/Land: 2005/USA

Metod: Analys av olika kvantitativa enkät studier som gjorts till kvinnor i klimakterieåldern, med tyngdpunkt på livskvaliteten i denna fas.

Syfte: Studiens syfte var att utforska om den klimakteriska övergången påverkar livskvaliteten hos kvinnorna.

16. "We've been trained to put up with it": real women and the menopause

Författare: Margaret E. Morris & Anthea Symonds

Årtal/Land: 2004/England

Metod: En kvalitativ intervjustudie där 11 kvinnor intervjuades genom en semi-strukturerad metod.

Syfte: Studiens syfte var att få reda på betydelsen av klimakteriet hos kvinnorna och hur klimakteriet påverkar arbets-och familjelivet.

17. Menopause experiences of women in rural areas

Författare: Sheri L. Price et al.

Årtal/Land: 2007/Canada

Metod: En kvalitativ analys där 25 kvinnor från lantliga områden i Canada intervjuades i fokus grupper och individuellt.

Syfte: Studiens syfte var att utforska klimakterieupplevelser hos kvinnor som bor på lantliga områden med mindre tillgång till vård under denna livs fas.

18. Women's decision making during the menopausal transition

Författare: Rosemary Theroux

Årtal/Land: 2010/USA

Metod: En kvalitativ analys av 21 semi-strukturerade intervjuer med kvinnor som var i processen att göra ett beslut av behandlingsform under klimakteriet.

Syfte: Studien syfte var att beskriva kvinnornas upplevelser under beslutsfattande av behandlingsform.

19. Perimenopausal symptoms, quality of life and health behaviours in users and nonusers of hormone therapy

Författare: Janice J. Twiss et al.

Årtal/Land: 2007/USA

Metod: En enkätstudie med 77 kvinnor som använde sig av hormonterapi samt 89 stycken kvinnor som inte använde sig av hormonterapi.

Syfte: Syftet var att fastställa skillnaderna och oron hos användare och icke-användare av hormonterapi.

20. Patient's understanding of a risk: a qualitative study of decision making about the menopause and hormone replacement therapy in general practice

Författare: Fiona M. Walter & Nicky Britten

Årtal/Land: 2002/England

Metod: En kvalitativ studie med fokusgrupper och semi-strukturerade intervjuer.

Syfte: Studiens syfte var att undersöka kvinnornas förståelse av riskerna associerade med menopaus och hormonterapi.

6 TEORETISK REFERENSRAM

I följande kapitel redovisas de teoretiska referensramarna respondenterna valt till denna studie. Respondenterna har valt att använda sig av Katie Erikssons *Hälsans Idé* samt Joyce Travelbees *Människa till Människa* teori. I forskningen kommer respondent Raitala att arbeta utgående från Travelbees teori om förhållandet mellan patient och vårdare och respondent Nordström utgående från Erikssons teori – Hälsa är sundhet, friskhet och välbefinnande. Detta då bägge teorier har liknande grunduppfattningar om hälsa, människan och vård, men i och med att de koncentrerar sig på olika aspekter inom vårdverksamheten, upplever respondenterna att teorierna kompletterar varandra i ett ändamålsenligt syfte.

6. 1 Katie Eriksson – *Hälsans Idé*

Eriksson förespråkar starkt vårdarbetet som en egen vetenskap åtskild från det medicinska. Således vill hon även i sin teori om hälsan framhäva hur begreppets betydelse förändras genom olika perspektiv. Människosynen är i enlighet med teorins syfte humanistisk, människan ses som en unik varelse, en helhet bestående av kropp, själ och ande (Eriksson 1989:12-13).

Genom att identifiera begreppet ”hälsa” utgående från vård-perspektivet, alltså de mål vårdverksamheten upprättat för att bäst tjäna den humanistiska människosynen, kan vårdaren genom sin verksamhet sträva till att uppnå det teoretiskt ideala tillståndet av ”hälsa”. (Eriksson 1989: 8-11) Alltså är den humanistiska helhetssynen av människan perspektivet som vårdverksamheten och ”Hälsans idé” bygger på. Människan består av kropp, själ och ande, en helhet som i sitt naturliga tillstånd är hälsa, men som i samspel med världen möter hinder i form av ohälsa som människan sedan försöker bemästra. (Eriksson 1989:11-13) Bemästrandet av ohälsa för att göra människan hel och hälsa är således vårdverksamhetens mål.

6.1.1 Hälsa är sundhet, friskhet och välbefinnande

I enlighet med perspektivtänkandet, den humanistiska människosynen och helheten människan delar Eriksson upp hälsan i ett teoretiskt ideal som strävas till genom de praktiska begreppen som är en utgångspunkt för den vårdvetenskapliga verksamheten. (Eriksson 1989: 8-11) Hittills har begreppet hälsa etableras som människans naturliga tillstånd av helighet, men Eriksson (1989: 44-48) vill fortsätta genom att identifiera sundhet, friskhet och välbefinnande som själva substansen i hälsa.

Människan är en helhet bestående av kropp, själ och ande, denna helhet är hälsa. Substansen eller de komponenter som bygger på hälsan, nämligen upplevelsen och uppfattningen av detta tillstånd är således även tredelad (Eriksson 1989: 29-30).

Sundhet och friskhet är det objektiva delområdet av hälsans substans. Objektiviteten betyder att detta är aspekter av hälsan som kan observeras utifrån, av en vårdare, samhället och genom prov. Välbefinnandet är den subjektiva dimensionen av hälsan som baseras på människans egen upplevelse av sitt hälsotillstånd. Eriksson (1989: 12-30) poängterar att graden av hälsa inte kan mätas genom frånvaro eller närvaro av sjukdom, samhällets normer eller objektiva observationer. Människan är en helhet, hälsan är en helhet, således måste även människan vårdas som en helhet med tanke på betydelsen av den subjektiva hälsans upplevelse i processen. Alltså ligger vårdens målsättning i helhetsperspektivet där den subjektiva upplevelsen skall vara grundläggande för hela verksamheten.

6.2 Joyce Travelbee

Utvecklingen av Travelbees vårdteori har sina anor i Travelbees egna grundskolning i sjukvårdaryrket. Under sin praktiska övningsperiod fann hon en saknad av medlidande i vårdarbetet, således ville hon i sin teori efterlysa en humanistisk revolution inom vårdverksamheten. Med sin teori önskade hon framhäva och återigen göra omvårdnaden det centrala inom vårdverksamheten (Marriner-Tomey 1994: 343-344).

6.2.1 Människa till människa

Travelbees teori om hur den optimala vårdverksamheten skall uppnås handlar precis som rubriken säger om relationer och växelverkan mellan människor. Människosynen i teorin är

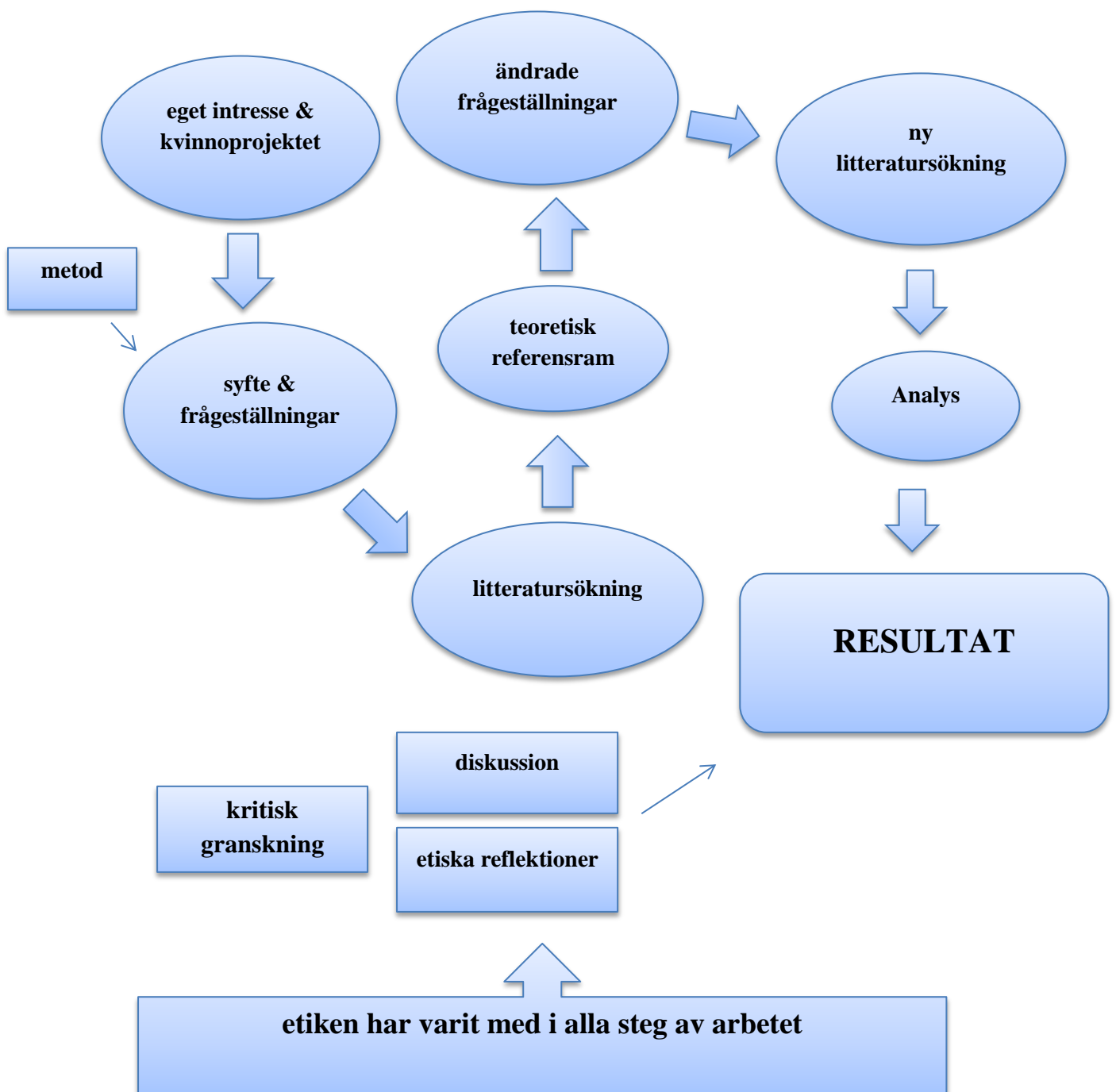
att varje individ är unik. Varje unik individ har behov och en egen kunskap. Titlarna är termer för att identifiera behov eller specialkunskap, inte för att skilja åt människorna, patienten är således en människa i behov av hjälp eller vård, medan sjukskötaren är en person med kunskapen att erbjuda det. (Marriner-Tomey 1994: 344-347)

Genom att se förbi titlarna i vården kan det etableras en mellanmänsklig relation och växelverkan, vilket i sin tur fördjupar vårdupplevelsen och förtroendebandet mellan patient och vårdare. Även om vårdaren är en person med specialkunnande om hälsa, ohälsa och vård, är det viktigt att i vårdandets process även använda sig av den egna personligheten och erfarenheter. Genom att vårdaren använder sig av hela sin person och kunskap i vården, kan bägge parterna få mer ut av och ge mera av sig själva i processen (Marriner-Tomey 1994: 344-347)

7 FORSKNINGSDSIGN

I detta kapitel beskrivs forskningens arbetsprocess med en figur, se även bilaga för arbetsfördelningen. Genom att följa pilarna ser man hur arbetsprocessen framträdde. Med hjälp av figuren är det lättare att förstå processen eftersom planen ändrades under vägen. Nedan presenteras figuren.

Figur 1. Arbetsprocessen.



8 FORSKNINGSETISKA REFLEKTIONER

År 2002 kom Forskningsetiska förbundet i Finland ut med ”riktlinjer för god vetenskaplig praxis” som Arcada förbundet sig med och denna studie har gjorts i enlighet med den goda vetenskapliga praxis som följs på Arcada.

Studien har planerats noggrant och arbetsprocessen har rapporterats och uppfyllt kraven av en vetenskaplig studie. Materialet som använts har sökts från pålitliga databaser och sökprocessen har redovisats. Materialet som valts anses vara pålitligt och har valts med noggrannhet. Respondenterna har behandlat materialet omsorgsfullt och ärligt, inget plagiat förekommer i studien och citat som förekommer är korrekt hänvisade till. Respondenterna har tidvis läst andras examensarbeten och hanterat dem med hänsyn. Ämnesområdet i respondenternas studie har betraktas ur en etisk synvinkel och finns med i hela studien. (Arcada, 2014)

Respondenterna tar fullt ansvar över studien och har delat på arbetet omsorgsfullt, jämnt och rättvist.

Det etiska omdömet är en talang för att betrakta olika alternativ ur ett etiskt perspektiv och komma fram till en uppfattning om rätt och fel, samt ett gott tillvägagångssätt. Då man inom vårdarbetet presenterar etiska uppfattningar om rätt och fel tar man alltid i hänsyn ideal och normer för god vård, samt patienten. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009:98)

Vårdarens kritiska attityd är till grunden etisk och positiv. Med hjälp av kritik kan teorier, samhällen och individer förbättras, genom vårdarens strävan till utveckling. Var vårdare skall genom sin kritik och etik även sträva till att utveckla sig själv. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009:105-106)

Genom en utveckling av det professionella jaget och den egna kunskapsbasen kan respondenterna sträva till att ett etiskt gott kunnande och vårdarbete. Genom arbetet kan respondenternas utveckling bidra till främjandet av samhället och individen.

9 RESULTATREDOVISNING

I följande kapitel redovisas resultatet av studien. Analysen gjordes med ett induktivt förhållningssätt. Studiens forskningsfrågor var;

- 1) Vad påverkar kvinnans upplevda hälsa under klimakteriet?
- 2) På vilket sätt kan man inom vården stöda kvinnan under klimakteriet?

Respondenterna valde att dela på arbetet på så sätt att respondent Nordström analyserade första forskningsfrågan och respondent Raitala analyserade den andra forskningsfrågan och således är resultatet tudelat. Analysen förverkligades ändå med hjälp och stöd av varandra.

9.1 Vad påverkar kvinnans upplevda hälsa under klimakteriet

Denna forskningsfråga har analyserats och delats upp i tre huvudkategorier; *Uppfattningen av den klimakteriska övergångsfasen, komponenter vid upplevd ohälsa under klimakteriet och upplevelse av välmående under klimakteriet*. De två första huvudkategorierna är ännu indelade i underkategorier.

I följande stycke har materialet analyserats ur kvinnans egen synvinkel om klimakteriet, genom att dela upp stycket i *uppfattningen av den klimakteriska övergångsfasen, kunskap om den egna kroppen och förändringar samt kultur och förväntningar*.

9.1.1 Uppfattningen av den klimakteriska övergångsfasen

I Lindh-Åstrand et al. (2005:510) studie om kvinnans upplevelse av den klimakteriska övergångsfasen identifieras tre olika sätt att betrakta denna livs fas. En biologisk och medicinsk modell enligt vilken klimakteriet ses som ett tillstånd av deficit eller en sjukdom som kräver substitutions vård. En psykosocial modell som betraktar övergångsfasen som en naturlig del av kvinnans utveckling, utan behov av medikalisering. Detta perspektiv framhäver livsfasens möjligheter för kvinnan att utveckla den egna personen. Den tredje modellen betraktar den klimakteriska övergångsfasen som en multidimensionell process

med stor variation från kvinna till kvinna, beroende på individens personliga erfarenheter och förväntningar, detta kallas det holistiska perspektivet. (Lindh-Åstrand et. al 2005:510)

Studierna påpekar hur kvinnans egen uppfattning av den klimakteriska övergångsfasen innan, under och efter menopausen styr även delvis upplevelsen av den. Även upplevelserna av symptomfrekvensen har visat sig vara relaterat till kvinnans attityd gentemot menopausen, men också i kontext med övriga förändringar och händelser i livet. (Mackey 2007:47)

Vid forskningen fann respondenterna flera samband mellan kvinnans upplevelse av menopausen till Lindh-Åstrand et al. (2005:510) holistiska och psykosociala perspektiv. I enlighet med Hemminki et. al (1995:84) studier höll 61% av informanterna i forskningen helt eller delvis med om påståendet ”*Klimakteriet är en normal fas i kvinnans liv, som vanligen inte kräver läkarvård*”. Detta skulle tyda på att kvinnorna kopplar ihop klimakteriet med ett naturligt åldrande.

I samband med upplevelsen av ett naturligt åldrande, beskrev flera kvinnor menopausen som slutet på en period i livet, men som början på något nytt (Lindh-Åstrand et al. 2005:515). En etapp som markerade slutet på den fertila tiden i en kvinnas liv (Hvas 2006:247), men orsakade inte ändå en förlust av kvinnligheten (Hemminki et al. 1995:85).

Även om det i Hemminki et al. (1995:84) studier framkommer att majoriteten av kvinnorna höll helt eller delvis med om att ”*Klimakteriet är en normal fas i kvinnans liv, som vanligen inte kräver läkarvård*”, kunde man anta ett mer holistiskt perspektiv till resultatet. Detta då det inte fanns skilda resultat för hur många procent som svarat ”*håller helt med*” och ”*håller delvis med*” samt ett tudelat påstående.

Det psykosociala perspektivet på klimakteriet kombinerat med realisationen om att förändringarna som i och med klimakteriet kan ske i den egna personen och kroppen genom föråldrande, kan även påverka kvinnans välmående. (Lindh-Åstrand et al. 2005:510)

Det psykosociala förhållningssättet (Lindh-Åstrand et al. 2005:510) till klimakteriet, samt Hemminki et al. (1995:84) påstående avgränsar medicinerings alternativ som symptom behandling. Detta kan verka på kvinnans upplevelse av svåra symptom, samt förhållningssättet till den egna personen och symptomhanteringen (Lindh-Åstrand et al. 2005:510)

Både Hemminki et al. (1995:86) och Mackey (2007:43) tar fram puberteten och menstruationen som ett redskap för jämförelse då uppfattningen om den klimakteriska övergångsfasen diskuteras. Bägge stöder i sina studier det psykosociala och holistiska perspektivet. Enligt Mackey (2007:43) bör inte menopausen diskuteras lösryckt från kvinnans liv. Detta då förändringen inte sker isolerat från det levda livet, precis som menstruationen är den klimakteriska övergångsfasen en process som sker vid sidan om och i samband med den sociala situation och livs fas kvinnan genomlever (Mackey 2007:43). Hemminki et al. (1995:86) vill framhäva menstruationens och menopausens likheter och ifrågasätter således medikaliseringen av det senare. I studien framkommer det att klimakteriet kunde presenteras som menstruationen: en period av förändringar i hormonerna, orsakar en del symptom för de flesta, men bara en bråkdel svåra symptom som inte drabbar alla (Hemminki et al. 1995:86).

Genom ett kombinerat psykosocialt och holistiskt perspektiv på den klimakteriska övergångsfasen (Lindh-Åstrand et al. 2005:510) problematiseras inte menopausen utan förhålls till en naturlig del av kvinnans föråldrande utan att fördöma behovet av medicinsk vård. Detta ger således kvinnan en frihet att leva igenom förändringen på ett liknande sätt som hon gick igenom puberteten och menstruationen.

Kunskap om den egna kroppen och förändringar

Studier om kvinnans upplevelse av menopausen har visat att oväntade, obekanta och oförklarbara förändringar kan kopplas till en ökad känsla av lidande i samband med den klimakteriska övergångsfasen (Mackey 2007:41). Även Price et al. (2007:506) har i sin studie påvisat sambandet mellan oro för symptom och en okunnighet i att känna igen symptom specifika för menopausen. Om de upplevda symptomen kunde förstås och förklaras, kunde de verka och upplevas mindre besvärliga, samt orsaka mindre skada i kvinnans liv (Mackey 2007:41).

I Matloff et al. (2006:852) studie framgår det att en ökad kunskap ger kvinnan möjlighet att göra ett välinformerat beslut om behandlingsform av symptom under klimakteriet. Detta i sin tur ökar hanterbarheten av livsfasen. Då kvinnans kunskap och medvetenhet om menopausen, den egna kroppen och symptomen påverkar den egna hälsan, måste man fråga sig hur kvinnan erhåller sin kunskap. Flera studier visade liknande resultat på denna front. Clinkingbeard et al. (1999:1098) presenterar i sin studie resultat om att damtidningar vore förstahands källan vid kvinnans informationssökning. Även Morris & Symonds

(2010:316) hänvisar till medias ställning som informationskälla. Både Clinkingbeard et al. (1999:1098) och Morris & Symonds (2010:316-317) lyfter fram experter inom hälsovården som en annan viktig källa som kvinnor vänder sig till för råd. Kvinnor söker alltså i allmänhet information från flera källor för att bilda en uppfattning om klimakteriet (Clinkingbeard et al. 1999:1098).

Kvinnornas sätt att använda flera källor för att erhålla information om symptom är ett sätt att på förhand bekanta sig med problematik och/eller förändringar som kan uppkomma eller ske under denna livs fas. Genom detta kan kvinnan vid upplevelsen av symptomen känna igen dessa, och således placera de nya symptom upplevelsena i perspektiv med den livs fas hon genomgår. I enlighet med Mackeys (2007:42) studier är det inte själva förändringen som upplevs som en besvärande faktor, utan främst kvinnans reaktion till förändringen och förhållningssättet till den som styr kvinnans upplevelse av välmående under klimakteriet.

Förväntningar och kultur

Den allmänna hälsouppfattningen av klimakteriet dryper allt som oftast av negativt laddade ord som förfall, brister, svaghet, skörhet och sjukdom, vilket även påverkar kvinnans egna förväntningar och således upplevelse av övergångsfasen.

Im et al. (2008:547) skriver i sin studie om upplevelsen av menopaus symptom, att kvinnliga hälsorörelser delvis kan ha stött godkännandet av menopausen som en del av kvinnans naturliga utvecklingsprocess. Detta kan också ses i Morris & Symonds (2010:318) studie, även om kvinnorna yttrade sig mot den dominerande negativa bilden av menopaus, antog de delvist ett biologiskt perspektiv då livsfasen kunde ha effekter som försämrar hälsan. En del kvinnor uttryckte även förväntningar om att menopausen skall ”passera obemärkt” och förliknades med puberteten, som även den var en fas i livet som måste upplevas (Berterö 2003:112). Detta kunde tyda på ett grundläggande holistiskt perspektiv i enlighet med Lindh-Åstrand et al. (2005:510), eller som Mackey (2007:43) kommer underfund med i sin studie, att upplevelsen av menopausen genomlevs i en samverkan med medelåldern och inte avskilt från det övriga livet.

Även om kvinnorna i studierna tydligt visar aversion mot den negativt laddade innebörden som getts åt menopausen och klimakteriet (Morris & Symonds 2010:318), var utomstående uppfattningar och upplevelser, som t.ex. mödrar, mostrar och vänners åsikter inflytelserika

och riktade ofta kvinnans personliga förväntningar (Berterö 2003:113). Kvinnor som yttrar sig mot den negativa bilden av menopausen som enbart ett patologiskt tillstånd, lät oberoende den negativa bilden agera mycket inflytelserikt på deras förväntningar (Morris & Symonds 2010:318). Det kunde således påpekas att den samhällseliga synen fortfarande är negativt laddad och styr den enskilda kvinnans förväntningar, uppfattningar och upplevelser av livsfasen.

Eftersom den samhällseliga synen och således kulturen kan forma den enskilda kvinnans hälsouppfattning relaterat till klimakteriet och menopausen, kommer kvinnor delvis att definiera sina upplevelser av menopausen i enlighet med sin kultur (Im et al. 2008:542). Denna tankegång kan sammanflätas med Hvas (2005:245) forskning om hur kvinnor som lever i en kultur där hög ålder ger dem en högre status, lider av färre symptom än kvinnor i kulturer där man idoliserar ungdomen. Också Crowe et al. (2011:1815) finner samhörighet mellan perceptionen och hanterbarheten av den klimakteriska övergångsfasen i relation till kulturella skiljaktigheter.

9.1.2 Komponenter vid upplevd ohälsa under klimakteriet

I följande stycke har materialet analyserats ur kvinnans synvinkel på negativa upplevelser av klimakteriet. Dessa upplevelser har delats in i *fysiskt och psykiskt upplevd ohälsa* och *upplevelse av ohälsa genom relationer*.

Fysiskt och psykiskt upplevd ohälsa

Vid den klimakteriska övergångsfasen sker det i allmänhet en del hormonförändringar i kvinnans kropp som kan ha en både fysisk och psykisk inverkan.

Fysiska symptom är i allmänhet kopplade till det psykiska, som det framgår i Berterös (2003:113) studie där det framkommer hur kvinnornas medvetenhet om att symptomen kunde märkas utåt gjorde kvinnorna generade och obekväma i sig själva. De fysiska symptomen väckte även ångest och obehagskänslor, t.ex. värmevallningar och medföljande svettningar gjorde kvinnorna medvetna om svettlukten (Berterö 2003:113). Även de psykiska förändringarna ensamma upplevdes svåra att handskas med. Kvinnor som rapporterade om både psykiska och fysiska förändringar, menade att de psykiska upplevdes svårare att hantera (Theroux 2009:615). Det framgår även i Matthews et al. (2005:325) studier att de kvinnor som upplevde psykiska symptom som ångest och depression, ansåg även att livskvaliteten under klimakteriet var försämrat.

Till vanliga psykiska symptom hör även förändringar i sinnesrörelserna, som kan medföra en känsla av instabilitet. Kvinnor har beskrivit hur förändringarna i det fysiska och i sinnesrörelserna orsakat en känsla av att tappa det egna jaget (Theroux 2009:615). Detta kan även påverkas av kvinnans uppfattning om det egna föråldrandet. Det framkom i studierna att kvinnorna inte själva ansåg att de föråldrade, men menopausen betydde för dem avsaknad av ungdom och orsakade en känsla av förlust av ungdomen och en del av sig själv (Im et al 2008:545). Kanske även i samband med en förlust av ungdomen och av sig själv blir kvinnans förhållning till den egna kvinnligheten och attraktionen ifrågasatt, som informanterna i Marnocha et al. (2011:234) studie beskriver sina upplevelser.

Förändringarna i den egna identiteten inkluderade en medvetenhet om förändringar som sker i samband med föråldrande, då tvingas kvinnorna att inse att det fysiska inte längre är det samma (Theroux 2009:615). I och med förändringarna i kroppen, identiteten och självuppfattningen, ansågs menopausen bifoga en till dimension till ett redan stressfullt liv och den ökade stressen förvärrade sedan symptomen (Im et al. 2008:545). Således blev upplevelsen av klimakteriet en ond cirkel, där själva upplevelsen och uppfattningen av diverse symptom kunde försvåra hanterbarheten av dessa.

Hanterbarheten och kontrollen av symptomen lade grunden för upplevelsen av klimakteriet. Då kvinnor upplever sig inkapabla att hantera symptomen väcks känslor av frustration (Theroux 2009:615-616). Universellt har kvinnorna alltid gömt tecken på menstruation under den reproduktiva fasen och således haft kontroll, att inte kunna kontrollera menopaus symptomen lämnar kvinnan återigen med en känsla av förlust (Morris & Symonds 2010:315). Denna upplevelse av förlust kan lämna kvinnan med känslor av kraftlöshet inför hanterandet av symptom (Crowe et al. 2011:1817).

Upplevelse av ohälsa genom relationer

I föregående stycke framkom det tydligt att kvinnans negativa upplevelser av klimakteriet och symptomen speglades i omgivningen, dess perception och kvinnans kapacitet att hantera och således gömma symptomen. Dessa aspekter av klimakteriet och kvinnan påverkar kvinnans egna och omgivningens upplevelse av de sociala aspekterna och relationerna.

Framför allt känner kvinnorna oro och ångest över hur omgivningen påverkas av deras symptom (Berterö 2003:113). Detta då kvinnan själv kan i en så stor mån påverkas av

symptomen (Alexander & Moore 2007:152). Speciellt de instabila sinnesrörelserna beskrevs som skrämmande, och dessa i samband med kvinnans egna rädslor, påverkade relationer med familj, vänner och partners (Price et al. 2007:506). Stressökningen som medföljde symptomen och oron om relationerna påverkade starkt det kvinnorna porträtterade som det offentliga och även det privata jaget (Morris & Symonds 2010:314). Det privata jaget led mest då stressen över att uppehålla den offentliga rollen på arbetet gick ut över det privata jaget och de privata relationerna (Morris & Symonds 2010:314).

Kvinnan är inkapabel att hantera stressen och de olika rollerna kan antas gå ut över kvinnans självförtroende. Ett försvagat självförtroende kan påverka relationerna med kolleger, vänner, familj och speciellt med partners (Price et al. 2007:506). Brister i självförtroende och ansträngda relationer med partners påverkar även intimiteten. Kvinnor beskrev det som om sexlusten försvann och det var svårt att hantera beröring (Price et al. 2007:506). Den minskade sexlusten kunde även i vissa fall bero på smärtor under samlag (Hemminki et al. 1995:85).

9.1.3 Upplevelse av välmående under klimakteriet

Följande stycke har analyserats ur kvinnans synvinkel på välmående under klimakteriet och komponenter som bidrar till det.

Som det redan kom fram i stycket *uppfattningen av den klimakteriska övergångsfasen*, var ett holistiskt och psykosocialt perspektiv av livsfasen rådande hos flesta kvinnor. Det framgår även i Morris & Symonds (2010:318) studie att det vid sidan om uppfattningen om menopausen som en potentiellt vådlig och tragisk tid, existerar en tydlig tro på att menopausen är främst en naturlig process som inte är helt ovälkommen. Majoriteten av kvinnorna är medvetna om kroppsliga förändringar och accepterar dem (Berterö 2003:112). Likaså är upplevelsen av en oregelbunden menstruation, värmevallningar och vaginal torrhet väntade, medvetna symptom upplevs således som en normal del av klimakteriet (Mackey 2007:40).

Enligt Lindh-Åstrand et al. (2005:510) förväntade sig 90% av läkarna som deltagit i studien att kvinnor under klimakteriet upplever känslor av förlust, medan bara 30% av kvinnorna rapporterade sådana upplevelser. Av kvinnorna upplevde 50% lättnad, vilket endast förväntades av 27% av läkarna (Lindh-Åstrand et al 2005:510). Detta påvisar att det hos kvinnor råder en viss acceptans av den klimakteriska övergångsfasen som inte alltid

går samman med det medicinska perspektivet. Det finns en optimism bland kvinnorna gällande menopausen, och de tenderar även att normalisera symptomupplevelserna, och i vissa fall har kvinnan även lättare att anamma menopausen än menstruationen (Im et al 2008:547). I Hemminki et al. (1995:82) studie framkommer det att majoriteten av 50-54 åriga kvinnor beskrev sin hälsa som god eller ganska god. Vilket kunde sammankopplas med Im et al. (2008:545) resultat om att kvinnan upplever menopausen som en befrielse från trycket att uppnå samhällets förväntningar.

Både i Im et al. (2008:545) och Berterös (2003:112) studier visar det sig att kvinnan i allra högsta grad upplever menopausen som en mognadsfas. En fas i livet då kvinnan kan lugna ner sitt hektiska liv och ta avstånd till det för att få perspektiv. I stycket *fysiskt och psykiskt upplevd ohälsa* framkommer det hur kvinnan kan uppleva klimakteriet som en omtumlande upplevelse då hon kan tappa greppet om den egna personen. Om kvinnan förhåller sig till klimakteriet som en mognadsfas, kan hon ta vara på tiden och tänka om samt definiera sig själv och sitt liv (Im et al. 2008:545). Beträktat ur detta perspektiv kunde man diskutera klimakteriets omtumlande upplevelse som en chans och ett tillfälle att se över livet och framtiden.

I och med den klimakteriska övergångsfasen ökade kvinnornas välmående (Matthews et al. 2005:325). Ökningen av hälsorelaterade problem är mer åldersrelaterat än bundet till klimakteriet (Hemminki et al. 1995:85), symptomen upplevdes i kroppen men att leva med dem störde inte det levda livet (Mackey 2007:46).

9.2 På vilket sätt kan man inom vården stöda kvinnan under klimakteriet

Tre stycken huvudkategorier uppstod då denna forskningsfråga analyserades; *tid, stöd och expertkunnande*. Även om huvudkategorierna är åtskilda påverkar de givetvis varandra. Dessa huvudkategorier är ännu delade i underkategorier som presenteras skilt före varje kapitel.

9.2.1 Tid

Då man handleder kvinnan i klimakteriet är det viktigt att göra det i god tid och ha tillräckligt med tid under mötet med patienten. Denna kategori är delad i två

underkategorier: *tiden före klimakteriet* och *tiden som patienten behöver få på ett möte mellan patient och vårdare*.

Tiden före klimakteriet

Vårdarna är i en unik position då de kommer till att undervisa kvinnor om vanliga förändringar som kan ske under klimakterieperioden. Vårdarna kan börja undervisa om dessa förändringar redan innan de sker. (Marnocha et al. 2011:238-239) Kunniga vårdare kan förbereda kvinnan då hon närmar sig menopausen och även försäkra kvinnan som överraskas av de varierande symptomen (Berg et al. 2008:947). Genom att utbilda kvinnor i tid om vad som kan ske under denna period kan normalisera upplevelsen och göra den mer hanterbar. Tidig undervisning kan även minska oro gällande klimakterieperioden och receptbelagda mediciner som används för symptomen (Marnocha et al. 2011:238-239). Även Theroux (2009:618) påpekar i sin studie om betydelsen att ge information om klimakteriet i god tid innan förändringarna sker och diskutera dessa med kvinnan.

I studien gjord av Berterö (2003:117) framgår det att så kallade hälsodiskussioner (health discussions) som hölls med kvinnorna innan menopausen skedde gav kvinnorna en ökad kunskap om klimakteriet som en naturlig fas i livet, således öka deras medvetande om hälsofrämjande faktorer som kan påverka dem.

Tiden som patienten behöver

Under ett möte mellan vårdare och patient behöver kvinnan ges tid för att fråga frågor om klimakteriet som kan väcka oro hos henne (Price et al 2007:508). I studien gjord av Twiss et al. (2007:611) kommer det också fram att vårdarna måste ägna mer tid till utvärderingen och undervisningen av kvinnan under peri- menopaus.

I studien gjord av Clinkingbeard et al. (1999:1101) visar det sig att somliga kvinnor hade svårigheter att uppta och bibehålla den information som gavs verbalt under en kort besök mellan vårdare och patient, kvinnorna kom ytterligare på frågor om klimakteriet då besöket redan var avslutat. Därför är det viktigt att informationen är förståeligt både skriftligt och verbalt (Holloway 2011:57).

9.2.2 Stöd

Detta avsnitt handlar allmänt om stöd och har sedan delats upp i två underkategorier: *kamratstöd* och *individuellstöd*.

Vårdare som arbetar med kvinnor i klimakteriet måste aktivt kunna lyssna på kvinnans uttalanden och hennes oro över klimakteriefasen samt undvika några förutbestämda åsikter om strategier för symptom behandling. Genom att bygga upp en stödjande och varm relation med kvinnan utvecklas det respekt hos bägge parter och kvinnan kan se vårdaren som en viktig resurs för att hjälpa henne i denna livs fas (Im et al. 2008: 548). För att kunna ge rätt slags utbildning om klimakteriet måste vårdaren först veta vilka problem och symptom kvinnan upplever (Twiss et al. 2007:604) och det är viktigt att vårdaren frågar efter dessa upplevda symptom (Walter & Britten 2002). Deltagarna i studien gjord av Theroux (2010:618) föreslog att stödgrupper och individuell handledning vore idealt då man söker stöd i klimakteriet.

Som en vårdare är det även viktigt att ta hänsyn till hurudan roll patienten vill att sjuksköterskan skall ta. Vissa patienter föredrar en mer aktiv roll hos vårdaren medan vissa föredrar en mer passiv roll. (Crowe et al. 2011:1820)

Kamratstöd

I studien gjord av Price et al. (2007:507) tyckte deltagarna att klimakteriefasen kunde ses som ett tillfälle för kvinnor att förenas. Kvinnorna i studien hade behov att få tala om deras upplevelser med andra kvinnor, detta för att endast kvinnor har upplevt och kommer att uppleva denna fas och därför kan fullständigt förstå varandra samt varandras känslor som kan uppstå.

Deltagarna i studien gjord av Im et al. (2008:548) fann att ett stödjande nätverk av andra likasinnade som genomgått klimakteriet vore mycket viktigt för att minska stress som uppstår under denna fas. Utvecklandet av en stödgrupp kunde fungera som en plats där kvinnorna får information om klimakteriet och deltagarna kunde agera rollmodeller för varandra.

Vårdare borde kunna erbjuda kamratstöd och seminarier så att kvinnorna skulle få information de förstår och kan lita på (Theroux 2009:619).

Individuellstöd

I Theroux (2010:617-618) studie påpekade en av informanterna att det är frågan om att ha någon som lyssnar på problem som uppstår och upplevs samt hjälper till med att sätta pusselbitarna ihop. De andra deltagarna uttryckte behovet av stöd under beslutsfattandet av

behandlingsform och ansåg att detta stöd borde vara tillgänglig för alla kvinnor. Kvinnan skall ses som en individ och vårdaren måste kunna lyssna till kvinnans frågor, ge stöd och information på sådant sätt att kvinnan förstår informationen (Lindh-Åstrand et al. 2007:510). Även Goolsby (2001:150) lyfter fram vikten av att ta i hänsyn kvinnans frågor i sina riktlinjer för handledning av kvinnan under klimakteriet.

Vårdare kan fungera som en förebild för kvinnan i klimakteriet. Denne skall undervisa kvinnan i de förändringar och symptom som kan uppstå och försäkra kvinnan om att de hör till fasens natur och är normalt i klimakteriet (Marnocha et al. 2011:239). För övrigt kräver kvinnorna individualiserad vård och utbildning om alla de alternativ som finns för att minska symptomen under klimakteriet, inklusive de icke-traditionella alternativen (Price et al. 2007:508).

9.2.3 Expertkunnande

För att ge kvinnan god handledning under klimakteriet måste vårdaren vara expert inom sitt område. Denna kategori är delad i *ta i beaktande tidigare kunskap och uppfattningar* och ge kvinnan *evidens-baserad information*.

Ta i beaktande tidigare kunskap och uppfattningar

Som en vårdare är det viktigt att fråga och förstå kvinnans tidigare uppfattningar, kunskap och attityder gällande klimakteriet för att ge kvinnan det bästa möjliga stödet och den nödvändiga informationen på ett förståeligt sätt. (Lindh-Åstrand 2007:509-510)

I studien gjord av Clinkingbeard et al. (1999:1100) svarade 665 kvinnor på en enkät och då kvinnorna frågades varifrån de får sin information gällande klimakteriet svarade 76 % att informationen kommer från damtidningar. Även om damtidningar är en god källa till information lämnar det luckor i kvinnornas kunskap och leder till att felaktigheter kan uppstå. Med tillgång till internet får kvinnorna lätt tag på information om klimakteriet på egen hand och det uppstår massvis med frågor och bekymmer hos dem, dessa frågor behöver kvinnorna få svar på (Twiss et al. 2007:604).

I studien gjord av Marnocha et al. (2011:232) framgår det att av de kvinnor som intervjuades hade de bara en grundläggande information om klimakteriet och var osäkra på sina egna kroppsliga förändringar även om de alla var välutbildade. Kvinnor med bristande

kunskap om den menopausala perioden visar sig också ha bristande kunskap om hur på egen hand minska klimakteriesymptom (Berterö 2003:112).

Evidens-baserad information

Flesta av kvinnorna som Theroux (2010:619) intervjuade i sin studie försökte på egen hand väga riskerna och förmånerna av hormonterapi. Det är ändå vårdarens uppgift att få patienterna att förstå de verkliga riskerna genom att erbjuda lätt förståelig information om de olika behandlingsmetoderna. Vårdare måste ha korrekt fakta om riskerna och förmånerna av varje behandlingsmetod så att patienten kan med stöd av denna information välja vilken metod är rätt för henne (Alexander & Moore 2007:157).

Vårdare som handleder kvinnor i klimakteriet måste ha evidens-baserad information att erbjuda åt kvinnan, då kan hon göra ett välinformerat val gällande livsstilsförändringar under klimakterieperioden (Lindh-Åstrand 2007:510 & 516). Även Holloway (2011:47) lyfter fram vikten av att kunna erbjuda evidensbaserad och aktuell information för att stöda kvinnan under klimakteriet. Det är viktigt att vårdarna erbjuder pålitlig information (Price et al. 2007:508) och är opartiska då de berättar om behandlingsmetoderna så att kvinnans val inte påverkas (Twiss et al. 2007:609). Vårdarna måste se alla patienter som individer och klargöra för dem vilka risker är sannolika i deras fall (Alexander & Moore 2007:157).

10 DISKUSSION

Syftet med denna studie var att klargöra på vilket sätt man kan främja kvinnans hälsa under klimakteriet, för att som vårdare har kunskapen att stöda kvinnan på ett hälsofrämjande sätt. Två forskningsfrågor bildades utgående från syftet och två olika referensramar valdes för att användningen av materialet vore så omfattande som möjligt. I detta kapitel kommer respondenterna att spegla resultatet med de teoretiska referensramarna. Som teoretiska referensramar valde respondenterna Katie Erikssons *Hälsa* och Joyce Travelbees *Människa till Människa* teori.

Den första forskningsfrågan; Vad kan påverka kvinnans upplevda hälsa under klimakteriet? analyserades av respondent Nordström med återspeglning till Erikssons *Hälsa är sundhet friskhet och välbefinnande* som teoretisk referensram. Tre huvudkategorier bildades under analysen; *Uppfattningen av den klimakteriska övergångsfasen, komponenter vid upplevd ohälsa under klimakteriet* och *upplevelse av välmående under klimakteriet*, av vilka de två första delades in i underkategorier.

I Erikssons (1989) teori *Hälsa är sundhet, friskhet och välbefinnande* lyfter Eriksson fram omgivningens perception i samspel med och som en del av individens subjektiva upplevelser av hälsa och välbefinnande. Resultaten i forskningen stöder detta t.ex. genom Berterös (2003:113) studie där det framgår att åsikter och uppfattningar som delgavs av omgivningen riktade ofta individens förväntningar, och således påverkade den subjektiva upplevelsen. Eriksson (1989:11-13) diskuterar konceptet ohälsa från aspekten att var människa är som helhet hälsa och hinder som uppkommer, i detta fall symptom och förändringar, bemästras i samspel med omgivningen. Omgivningens perspektiv, stöd och deltagande påverkar således direkt den subjektivt upplevda hälsan hos kvinnor i klimakteriet.

Det mest påfallande som framkom i studien gällande kvinnans upplevelse av välmående under klimakteriet var upplevelsen som i flera studier beskrevs som att *tappa sig själv*, och hur detta påverkar omgivningen och relationerna. Att *tappa sig själv* påverkar helheten människan. Det objektiva perspektivet påverkas i högsta grad av kvinnans subjektiva upplevelse av det egna välbefinnandet, i detta fall upplevelsen av att *tappa sig själv*. Detta då förlusten av greppet och hanterbarheten av den egna personen kan gå ut över kvinnans självförtroende, vilket enligt Price et al (2007:506) således kan påverka relationerna.

I ljuset av dessa forskningsresultat och denna referensram kunde man diskutera vikten av en kunskapsökning om klimakteriet bland kvinnor och i samhället för att påverka den upplevda hälsan. Genom mer kunskap om ämnet mer tillgängligt kunde den negativa hälsobilden av menopausen som existerar reduceras och en mer naturlig förhandsuppfattning bildas. Förhandsuppfattningen i sig själv påverkar i stort sett kvinnans upplevelse av klimakteriet och enligt forskningsresultaten riktade omgivningens uppfattningar kvinnans förväntningar. Även om kvinnan själv hade en holistisk/psykosocial uppfattning om livsfasen lät hon en mer negativ bild av klimakteriet som ett patologiskt tillstånd agera inflytelserikt på de egna förväntningarna. Enligt Mackey

(2007:47) är kvinnans upplevelse av symptom relaterat till kvinnans attityd gentemot menopausen. Således sammankopplas helheten människan, det objektiva och subjektiva uppfattningarna med kvinnans upplevelse av hälsa under klimakteriet.

Den andra forskningsfrågan; på vilket sätt man kan inom vården stöda kvinnan under klimakteriet? analyserades av respondent Raitala med Travelbees *Människa till människa* som teoretisk referensram. Det uppstod tre stycken huvudkategorier då denna forskningsfråga analyserades; *tid*, *stöd* och *expertkunnande* och dessa delades ännu i underkategorier.

Att ge stöd åt en patient är en viktig del inom varje aspekt av vården och det framkom också i resultatet av denna studie. I studien gjord av Im et al. (2008:548) framgår det att vårdarna skall försöka bygga upp en stödjande och varm relation med patienten och fungera som en resurs i kvinnans liv då hon genomgår klimakteriet, detta stöds av Joyce Travelbees tanke om att vårdaren är en människa med kunskap och skall erbjuda denna kunskap åt patienten för att hjälpa denne. Genom användningen av det terapeutiska jaget kombinerat med expertisen skall en mellanmänsklig relation byggas upp mellan vårdare och patient.

Joyce Travelbee betonar också att se patienten som en unik individ, det är viktigt då kvinnan söker hjälp i klimakteriet, detta i och med att klimakteriefasen är högst individuell och kan upplevas på många olika sätt. Även i studien gjord av Alexander & Moore (2007:157) betonas det att vårdaren måste se alla patienter som individer och vårda dem enligt deras behov.

I resultatet kom det fram att vårdaren kan fungera som en förebild till kvinnan i klimakteriet (Marnocha et al. 2011:239) och även detta stöds av Travelbees teori där hon framhäver att vårdaren skall använda sig av sina egna erfarenheter i vårdandets process.

Ur ett vårdande perspektiv kan respondenterna sammanfatta forskningsresultaten som följande. Under forskningen framkom det tydligt ett behov av ökad handledning av kvinnor innan menopausen, för att informera om och underlätta övergångsperioden. Genom en god handledning som innehåller de komponenter som framkommit i och med litteraturanalysen av materialet ur ett handledande perspektiv; *tid*, *stöd* och *expertkunnande*, kan vårdarna bidra till en ökad kunskap inom området och således stöda kvinnors upplevelse av hälsa under klimakteriet. Detta går ihop med Joyce Travelbees vård

mål; att hjälpa individen, familjen och samhället förebygga upplevelsen av sjukdom, eller att klara av dessa och vid behov finna mening för dem (Marriner-Tomey 1994:343–348). Och genom att stöda samhället och individen kan vårdaren arbeta mot Erikssons vård mål för *sundhet, friskhet och välbefinnande*, en objektiv och subjektiv helhet.

11 KRITISK GRANSKNING

Syftet med studien var att klargöra på vilket sätt man kan främja kvinnans hälsa under klimakteriet, för att som vårdare ha kunskapen att stöda kvinnan på ett hälsofrämjande sätt. Respondenterna upplever att syftet uppnåtts med hjälp av forskningens frågeställningar som var;

- 1) Vad kan påverka kvinnans upplevda hälsa under klimakteriet?
- 2) På vilket sätt kan man inom vården stöda kvinnan under klimakteriet?

Materialet analyserades med hjälp av frågeställningarna och de teoretiska referensramarna som togs i beaktande vid analysen.

Respondenterna upplever att den röda tråden är klar i arbetet men inser att den kan vara svår för läsaren att se eftersom både syftet och frågeställningarna ändrades under arbetsprocessen. Detta i och med att arbetets ursprungliga syfte och frågeställningar formades för en annan beställare och den nya beställaren kom med sent i arbetsprocessen. Respondenterna har efter bästa förmåga sammanställt det redan existerande materialet till det omformulerade, slutgiltiga syftet. Det gjordes flera sökningar för att finna relevant material till arbetet. Mycket studier har gjorts inom detta ämne ur olika synvinklar och olika tillvägagångssätt, detta har både försvårat och ökat arbetsmängden. År 2002 gjorde *Women's Health Initiative* en stor forskning om hormonbehandlingens påverkan os kvinnor vilket lade grunden till många nya forskningar och dessa exkluderades för att respondenterna upplevde dem irrelevanta. Snöbollseffekten hjälpte respondenterna att hitta användbart material. Respondenterna upplever att materialet var tillräckligt omfattande för att en analys med ett fullständigt resultat uppnåtts.

Med tanke på respondenternas frågeställningar kunde studien ha gjorts med flera olika metoder t.ex. med hjälp av intervjuer och således kanske gett mer värde åt arbetet. Tidspressen påverkade givetvis valet av metod. Respondenterna anser att studien kunde användas som grund för vidare forskning. Respondenterna rekommenderar att vidare

forskning skulle riktas mot ett handlednings perspektiv och handledningsmaterial för kvinnan och vårdaren. Respondenterna efterlyser en studie riktad mot möjligheterna för en preventiv kvinnorådgivning för att informera om den kommande menopausen och den klimakteriska övergångsfasen.

Redan i början av arbetsprocessen delade respondenterna upp arbetet med tanke på egna styrkor. Kapitel 2, 3, 8, 11 samt inledningen har respondenterna utfört tillsammans. Respondent Nordström har haft ansvar för följande kapitel; 6, 10 och 9.1-9.1.3. Respondent Raitala har haft ansvar för följande kapitel; 4, 5, 7 och 9.2-9.2.3. En figur av arbetsfördelningen finns som bilaga. Respondenterna har givetvis stött och hjälpt varandra under processen samt arbetat tätt tillsammans även då arbetet delats upp.

KÄLLOR

Alexander, Ivy M.; Moore, Anne. 2007, Treating Vasomotor Symptoms of Menopause: The Nurse Practitioners Perspective. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, vol. 19, s. 152-163

Arcada, 2014. *God vetenskaplig praxis vid Arcada*. Tillgänglig: http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/481 Hämtad 9.4.2014

Berg, A. Judith; Larson, A. Cheryl; Pasvogel E. Alice. 2008, Menopausal Symptom Perception and Severity: Results From a Screening questionnaire. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, s.940-948

Berterö, Carina. 2003, What Do Women Think About Menopause? A Qualitative Study of Women's Expectations, Apprehensions and Knowledge About the Climacteric Period. *International Council of Nurses, International Nursing Review*, vol. 50, s. 109-118

Clinkingbeard, Cynthia; Minton, Barbara A.; Davis, Judy; McDermott, Kelli. 1999, Women's Knowledge about the Menopause, Hormone Replacement Therapy (HRT), and Interactions with Healthcare Providers: An Exploratory Study. *Journal of Women's Health*, vol. 8, s. 1097-1102

Crowe, Marie; Burrell, Beverly; Whitehead, Lisa. 2011, Lifestyle Risk Management – A Qualitative Analysis of Women's Descriptions of Taking Hormone Therapy Following Surgically Induced Menopause. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 68, s. 1814-1823

Eriksson, Katie. 1989, *Hälsans idé*, 2 uppl., Göteborg: Graphic Systems AB, s.146.

Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva. 2005. *Nainen Hoitotyön Asiakkaana*, 2 uppl., Borgå: WSOY, s. 395

Goolsby, Mary Jo. 2001, Clinical Practice Guidelines: Management of Menopause. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, vol.13, nr.4, s. 147-151

- Hemminki, Elina; Topo, Päivi; Kangas, Ilka. 1995, Experiences and Opinions of Climacterium by Finnish Women. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 62 s. 81-87
- Holloway, Debra. 2011, An Overview of the Menopause: Assessment and Management. *Nursing Standard*, vol.23, nr.30, s. 47-57
- Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn. 2006. *Forskningsmetodik – Om kvalitativa och kvantitativa metoder*, 2 uppl., Lund: Studentlitteratur, s. 360
- Hvas, Lotte. 2006, Menopausal Women's Positive Experience of Growing Older. *Maturitas, The European Menopause Journal*, 54, s. 245-251
- Im, Eun-ok; Liu, Yi; Dormire, Sharon; Chee, Wonshik. 2008. Menopausal Symptom Experience: An Online Forum Study. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (5), s. 541-550
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. *Förståelse, beskrivning och förklaring - Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, 10 uppl., Lund: Studentlitteratur, s. 316
- Javanainen, Marika. 2004, *Vaihdevuodet*, Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, s.112
- Lindh-Åstrand, Lotta; Hoffman, Mikael; Hamnar, Mats; Kjellgren, Karin I. 2007, Women's Conception of the Menopausal Transition – A Qualitative Study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, s. 509-517
- Mackey, Sandra. 2007. Women's Experience of Being Well During Peri-menopause: A phenomenological study. *Contemporary Nurse*, vol. 25, nr. 1-2, s.39-49
- Marnocha, Suzanne K.; Bergstrom, Marshelle; Dempsey, Leona F. 2011, The Lived Experience of Perimenopause and Menopause. *Contemporary Nurse*, vol. 37, nr. 2, s.229-240
- Marriner-Tomey, Ann. 1994, *Hoitoteoreetikot ja Heidän Työnsä*. Vammala:Vammalan Kirjapaino Oy, s.524
- Matloff, Ellen T.; Moyer, Anne; Shannon, Kristen M.; Niendorf, Kristin B.; Col, Nananda F. 2006, Healthy Women With a Family History of Breastcancer: Impact of a Tailored

- Genetic Counselling Intervention on Risk Perception, Knowledge, and Menopausal Therapy Decision Making. *Journal of Women's Health*, vol.15, nr.7, s.844-856
- Matthews, Karen A. & Bromberg, Joyce T. 2005, Does the Menopausal Transition Affect the Health-related Quality of Life? *The American Journal of Medicine*, vol. 118, s. 264-365
- Morris, Margaret E.; Symonds, Anthea. 2004, 'We've been trained to put up with it': Real Women and the Menopause. *Critical Public Health*, vol. 68, nr. 3 s. 311-323
- Rutanen, Eeva-Marja & Ylikorkiala, Olavi. 1998, *Vaihdevuosien lääkehoito*. Forssa: Forssan Kirjapaino Oy, s.44
- Price, Sheri L.; Storey, Sandra; Lake, Margaret. 2007, Menopause Experiences of Women in Rural Areas. *The Journal of Advanced Nursing*, 61 (5), s. 503-511
- Saarinen, Saana & Westerlund, Anna. 2011, *Näin Selviydyt Vaihdevuosista*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, s.185
- Sand, Olav; Sjaastad, Øystein V.; Haug, Egil & Bjålie, Jan G. 2007, *Människokroppen. Fysiologi och anatomi*, 2 uppl., Stockolm: Liber Ab, s.544
- Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina. 2009, *Hoitotyön etiikka*. Helsinki: Edita Prima, s.200
- Theroux, Rosemary. 2010, Women's Decision Making during the Menopausal Transition. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, s. 612-621
- Twiss, Janice J.; Hunter, Michelle; Rathe-Hart, Mindy; Wegner, Jodi; Kelsay, Melissa; Salado, Wendy. 2007, Perimenopausal Symptoms, Quality of Life and Health Behaviours in Users and Nonusers of Hormone Therapy. *Journal of the American Academy Nurse Practitioners*, vol. 19, s. 602-613
- Walter, Fiona M.; Britten, Nicky. 2002. Patient's Understanding of Risk: A Qualitative Study of Decision-making about the Menopause and Hormone Replacement Therapy in General Practice. *Family Practice*, vol. 19, nr. 6, s. 579-586

BILAGOR

Figur 2 Arbetsfördelning

