

KVINNORS ERFARENHETER AV KLIMAKTERIET

Liselott Eriksson, Annelie Österman



2020:31

Datum för godkännande: 29.05.2020
Handledare: Magdalena Häger

EXAMENSARBETE

Högskolan på Åland

Utbildningsprogram:	Utbildningsprogrammet för vård
Författare:	Liselott Eriksson, Annelie Österman
Arbetets namn:	Kvinnors erfarenheter av klimakteriet
Handledare:	Magdalena Häger
Uppdragsgivare:	

Abstrakt
<p>Bakgrund: Klimakteriet är en naturlig fas som innebär både psykiska och fysiska förändringar för kvinnan. Denna period kan upplevas som en stor omställning och leda till stress, oro och ångest.</p> <p>Syfte: Syftet med denna studie är att belysa kvinnors erfarenheter klimakteriet.</p> <p>Metod: Detta är en kvalitativ litteraturstudie med ett induktivt förhållningssätt, baserad på åtta vetenskapliga artiklar.</p> <p>Resultat: Studien av de åtta artiklarna resulterade i ett övergripande tema: <i>Livsförändringar</i>, med tre underteman: <i>Kroppsliga förändringar</i>, <i>Mognad</i> samt <i>Identitet och relationer</i>. De flesta kvinnor upplever både positiva och negativa förändringar. Det framkommer i studien att många av kvinnorna upplever att de inte har tillräcklig kunskap om klimakteriet.</p> <p>Diskussion: Kvinnors bristande kunskaper om klimakteriet leder till att de har svårigheter att hantera sina besvär på ett effektivt sätt. Även sjukskötare upplever att de saknar tillräcklig kunskap och förberedelse för att möta denna patientgrupp. Resultatet knyts an till annan forskning och Dorothea Orems omvårdnadsteori om egenvård och egenvårdsbalans.</p> <p>Konklusion: Resultatet visar att de kroppsliga besvären var det som kvinnorna hade svårast att hantera, medan den mentala mognaden sågs som positiv. Det framkommer i artiklarna att kvinnornas brist på kunskap kan leda till att de får svårigheter med att hantera sina klimakteriebesvär på ett effektivt sätt. En god omvårdnad ger kvinnorna förutsättning att fortsätta vara aktiva och bibehålla sin livskvalitet.</p>

Nyckelord (sökord)
Klimakteriet, Livsförändringar, Kvinnors erfarenheter, Litteraturstudie

Högskolans serienummer:	ISSN:	Språk:	Sidantal:
2020:31	1458-1531	Svenska	27 sidor

Inlämningsdatum:	Presentationsdatum:	Datum för godkännande:
22.05.2020	27.05.2020	29.05.2020

DEGREE THESIS

Åland University of Applied Sciences

Study program:	Health and Caring Sciences
Author:	Liselott Eriksson, Annelie Österman
Title:	Women's Experiences of Menopause
Academic Supervisor:	Magdalena Häger
Technical Supervisor:	

Abstract

Background: Menopause is a natural phase that leads to both psychological and physiological changes for the woman. The changes can be experienced as a big readjustment and lead to stress, concern and anxiety.

Aim: The aim of this study was to explore women's experiences of menopause.

Method: A qualitative literature study with an inductive approach, based on eight scientific articles.

Result: The study of the eight articles resulted in one overall theme: *Life Changes* with three sub-themes: *Bodily Changes*, *Maturity* and *Identity & Relations*. Most women experience both positive and negative changes. The study shows that many women feel that they don't have sufficient knowledge of the menopause.

Discussion: Women's lack of knowledge about menopause causes them to have difficulty managing their problems efficiently. Even nurses feel that they lack sufficient knowledge and preparation to meet this patient group. The result is linked to further research and Dorothea Orem's *Self-Care theory* and *Self-Care Deficit Nursing Theory*.

Conclusion: The results show that the physical changes were the most difficult for the women to handle, while the mental maturity was seen as positive. It is stated in the articles that women's lack of knowledge can lead to difficulties in managing their menopausal problems efficiently. Good nursing gives women the ability to continue to be active and maintain their quality of life.

Keywords

Menopause, Life Changes, Women's Experience, Literature Study

Serial number:	ISSN:	Language:	Number of pages:
2020:31	1458-1531	Swedish	27 pages

Handed in:	Date of presentation:	Approved on:
22.05.2020	27.05.2020	29.05.2020

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	5
1.1 Bakgrund	5
1.1.1 Klimakteriefaserna och symtom	6
1.1.2 Vårdalternativ	7
1.1.3 Sjukskötarens roll	8
1.2 Problemformulering	9
1.3 Syfte	9
2. METOD	10
2.1 Datainsamling och urval	10
2.2 Analys	11
2.3 Forskningsetik	11
3. RESULTAT	13
3.1 Livsförändringar	13
3.1.1 Kroppsliga förändringar	14
3.1.2 Mognad	15
3.1.3 Identitet och relationer	16
4. DISKUSSION	18
4.1 Resultatdiskussion	18
4.2 Metoddiskussion	21
4.3 Konklusion	22
KÄLLFÖRTECKNING	23
BILAGOR	28
Bilaga 1: MRS-skala	28
Bilaga 2: Tabellöversikt av litteratursökning	29
Bilaga 3: Tabellöversikt av resultatartiklar	30

1. INLEDNING

Klimakteriet är en naturlig fas i kvinnans liv och infaller vanligtvis i 45-58 års åldern. Denna period varierar i längd, från några månader till mellan tio och femton år. Klimakteriet orsakas av de hormonella förändringar som sker i kvinnokroppen (Janson & Landgren, 2010).

Klimakteriet kan ses som en förändring, en process i medelåldern som innehåller både positiva aspekter och utmaningar (Oinas & Ahlbeck-Rehn, 2007).

Det är individuellt hur kvinnor upplever klimakteriet och vilka symtom de får. Var man än jobbar inom vården, inte bara inom den gynekologiska specialistvården, kommer sjukskötare att möta dessa kvinnor. I detta arbete lyfts kvinnors erfarenheter av klimakteriet fram. Att ha kunskap om kvinnors erfarenheter av klimakteriet underlättar för sjukskötaren att möta deras behov av stöd och omvårdnad, och hjälpa dem att fortsätta vara aktiva och välmående, även under denna period i livet.

1.1 Bakgrund

Begreppet klimakterium har flera olika synonymer såsom övergångsålder och menopaus. I detta arbete har författarna valt att använda ordet klimakterium. Ordet klimakterium kommer från latinets *climacte'ricus* som betyder kritisk (NE, nationalencyklopedin, u.å.). Att genomgå de förändringar som klimakteriet ger upphov till, både kroppsligt och mentalt, kan leda till stress, oro och ångest. Hos en förvärvsarbetande kvinna kan det innebära en stor omställning både karriärmässigt och i övriga sociala relationer (Mackey, 2007; Morris & Symonds, 2004). Banks studie från 2019, visar att det finns kvinnor som behöver gå ner i arbetstid för att kunna hantera sina klimakteriella besvär. Vissa av kvinnorna i studien slutade arbeta helt under denna period i sitt liv (Banks, 2019)

Klimakteriet benämns som den period då äggstockarna upphör att producera könshormoner, såsom östrogen och progesteron. Detta sker successivt från ca 50 års ålder (Henriksson & Rasmusson, 2013). Klimakteriet består av tre olika faser, premenopaus, perimenopaus och postmenopaus. Under dessa faser upplever kvinnan både kroppsliga och psykiska

förändringar. De besvär som uppstår kan lindras med olika vårdalternativ och genom egenvård (Janson & Landgren, 2010).

1.1.1 Klimakteriefaserna och symtom

Kvinnans ålder när klimakteriet inträffar har inte ändrats på de senaste hundra åren. Åldern då en kvinna går in i klimakteriet anses ha konsekvenser på hennes framtida hälsostatus och förväntade livslängd. Kvinnor som kommer in i klimakteriet sent, vid 55 års ålder eller äldre, tros ha en signifikant längre livslängd än de som är under 40 år när klimakteriet inträder. Kroniska sjukdomar och rökning kan påverka kvinnan så att klimakteriet inleds tidigare (Perry, 2019). Hos rökande kvinnor upphör menstruationen i genomsnitt ett och ett halvt år tidigare än hos icke rökare. Detta tros bero på nikotinets toxiska effekt på äggstockarna (Janson & Landgren, 2010). Då produktionen av könshormoner minskar leder det till successiva förändringar i fortplantnings- och urinorganen, slemhinnan i vaginan och urinröret blir tunnare och bäckenbottenmuskulaturen blir svagare. I kombination med tunna och torra slemhinnor kan detta leda till inkontinens och livmoderframfall (Henriksson & Rasmusson, 2013).

Klimakteriets första fas kallas för premenopaus. Denna inträffar vanligen vid 40-50 års ålder. Under denna fas sker en hel del fysiologiska förändringar i kroppen. Östrogennivån är oregelbunden och börjar sjunka. Symtom på låg östrogenhalt är bl a sömnproblem, humörsvängningar, viktuppgång, oregelbunden menstruation, ömma bröst, ångest, nattsvettningar och vallningar. Den andra fasen i klimakteriet, perimenopausen, inträffar när menstruationen upphör, vid ca 51 års ålder, och pågår ca 1 år efter sista menstruationen. Äggproduktionen upphör nu helt och östrogennivåerna är för låga för att stimulera slemhinnan i livmodern. Sporadisk menstruation kan ännu förekomma. Vanliga symtom under denna tid är frekventa urinvägsinfektioner, myrkrypningar i huden, ledsmärta, torrhet i slemhinnor, depression, minskad sexlust, trötthet, likgiltighet och oregelbunden hjärtrytm. Den tredje och sista fasen som kallas postmenopaus, innefattar tiden som följer och varar livet ut. Nu produceras inget progesteron längre i äggstockarna och östrogen- och testosteronnivåerna är lägre. Under denna fas ökar risken för åldersrelaterade sjukdomar

såsom diabetes, demens, benskörhet och hjärt- och kärlsjukdomar (Hammar, 2020; Socialstyrelsen, 2020).

1.1.2 Vårdalternativ

Vid rådgivning till kvinnor i klimakteriet bör det ingå information om de gynnsamma effekter som regelbunden fysisk aktivitet, en hälsosam livsstil och ett rökstopp kan ha på den fysiska hälsan och välmåendet (SFOG, u.å.). Regelbunden fysisk aktivitet är även bra för hjärta och blodkärl samt hjälper till att hålla en hälsosam vikt. Rökstopp, hälsosamma och regelbundna matvanor, bra sömnvanor och fysisk aktivitet kan minska risken att utveckla värmevallningar och svettningar. En del av kvinnorna upptäcker själva att vissa livsmedel såsom starkt kryddad mat, vin, kaffe och alkohol kan utlösa värmevallningar. I en svensk studie från 2019 framkommer det att intensiv styrketräning under 15 veckor påtagligt minskade värmevallningar och svettningar (Berin et al., 2019; Socialstyrelsen, 2020).

I behandlingsstudier med östrogen mot vasomotoriska besvär är placeboeffekten ca 50 procent. Detta öppnar möjligheten till alternativa behandlingar. Forskning visar att icke-farmakologiska behandlingar som akupunktur, aktiv avslappning och fysisk aktivitet har en viss effekt på klimakteriebesvär. Motion och avslappningsövningar har en positiv inverkan på humöret och minskar på värmevallningar och svettningar (Janson & Landgren, 2010; Socialstyrelsen, 2020).

I SFOG:s (Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi) råd för menopausal hormonbehandling 2019, framgår det att det är kvinnans subjektiva upplevelse av hur symtomen påverkar hennes livskvalitet, som avgör om hon ska erbjudas hormonterapi (HT) eller inte (SFOG, u.å.). Denna behandling ska individualiseras och man bör ta hänsyn till kvinnans ålder, tidpunkten då klimakteriet infaller, kvinnans hälsorisker samt hennes preferenser, för att göra en individuell bedömning av risk och nytta balans med HT. Det finns en klart fördelaktigt förhållande mellan risk och nytta för symptombehandling med HT om behandlingen initieras i nära anslutning till klimakteriet. Läkaren eller gynekologen bör rekommendera en lämplig HT-behandling, med en låg effektiv östrogendos och ett optimalt administreringssätt där regelbundna kontroller behöver ingå (Socialstyrelsen, 2020). Vid

vasomotoriska symtom, som värmevallningar, svettningar och hjärklappning, och andra östrogenbristrelaterade symtom, är HT den mest effektiva och bäst dokumenterade behandlingen. Denna behandling har också positiva effekter på sömn, benmineralhalt, frakturrisik, livskvalitet, och hjärt-kärlsjukdom. HT minskar även risken för diabetes, demenssjukdomar och mortalitet (Castelo-Branco et al., 2006; Schierbeck, 2015).

En finsk studie visar att hormonterapi är vanligast förekommande hos kvinnor i åldern 50-54 år. Behandlingen består av antingen enbart östrogen eller en kombinationsbehandling med både östrogen och progesteron (Hemminki et al., 1995).

2002 kom en studie (WHI, the Women's Health Initiative study) som visade att det kunde förekomma ett samband mellan djup ventrombos, lungemboli, hjärtinfarkt, stroke och bröstcancer vid hormonterapi mot klimakteriebesvär. Efter denna rapport ökade rädslan och motståndet mot hormonbehandling hos kvinnor. Senare studier visar att transdermalt östrogen, alltså spray, plåster, kräm eller gel som tas upp via huden, inte ökar risken för stroke och hjärtinfarkt såsom oralt intaget östrogen gör. Dessutom har transdermalt östrogen visat sig minska risken för att utveckla diabetes, vilket i sig är en riskfaktor för att utveckla hjärt-kärlsjukdomar. Bioidentiskt (mikroniserat) progesteron har en neutral eller positiv inverkan på blodtrycket. Forskningen visar att transdermalt östrogen i kombination med bioidentiskt progesteron, kan vara en bra behandlingsmetod för kvinnor i klimakteriet som lider en förhöjd risk att utveckla hjärt-kärlsjukdomar (Mueck, 2012).

1.1.3 Sjukskötarens roll

Ett personcentrerat val av omvårdnadsbehandlingar är av största vikt för att kunna möta kvinnans behov i klimakteriet. Sjuksköterskedisciplinen är en hälsoorienterad disciplin där målet med vården är att patienten ska få uppleva välbefinnande. Vården planeras tillsammans med patienten och utgår ifrån att hon ska kunna bevara eller återfå sin hälsa och kunna må väl. Välbefinnande utgår ifrån personens upplevelse. När det råder balans mellan personens mål, förmågor och den omgivande miljön upplever hon ett välbefinnande (Dahlborg-Lyckhage, 2014). Att i hälso- och sjukvården stötta och ta hand om kvinnorna i denna fas av deras liv, är att hjälpa dem bibehålla god hälsa så att de kan fortsätta leva ett lyckligt och aktivt liv. Med lämplig och individanpassad vård kan de ibland svåra symtomen

som klimakteriet kan ge, lindras eller möjligtvis minimeras. Att förstå dessa faser och vilka konsekvenser det kan få i en kvinnas liv, kan hjälpa sjukskötare att ge bättre omvårdnad till denna patientgrupp (Barros da Silva et al., 2016; Cifcili et al., 2009; Perry, 2019).

I en artikel av Limeira Lopes et al., framkommer det att sjukskötare behöver förbättra sin vetenskapliga kunskap om klimakteriet, de olika faserna och dess nyanser. Kvinnor i klimakteriet behöver bli bemötta på ett mer engagerat, tolerant och flexibelt sätt.

Specialisterna inom vården av klimakteriebesvär är gynekologer. Om däremot kunskapen att ge stöd, råd och behandling vid klimakteriebesvär skulle finnas även i den allmänna vården skulle möjligheterna öka till en förbättrad omvårdnad av dessa kvinnor (Socialstyrelsen, 2020). Detta förutsätter kunskap och utbildning inom klimakteriet. Flera av sjukskötarna uppgav däremot att de inte hade rätt kunskap och förberedelse för att kunna bemöta kvinnor från denna patientgrupp (Limeira Lopes et al., 2013).

1.2 Problemformulering

Alla kvinnor kommer förr eller senare att genomgå klimakteriet. Denna period i livet kan upplevas som en stor omställning, med många fysiska, psykiska och sociala förändringar. För att kunna ge en god omvårdnad behöver sjukskötare fördjupa sin kunskap om vad denna fas i livet kan innebära för den enskilda kvinnan. Denna litteraturstudie belyser kvinnors erfarenheter av klimakteriet.

1.3 Syfte

Syftet med denna studie är att belysa kvinnors erfarenheter av klimakteriet.

2. METOD

Litteraturbaserade examensarbeten är avsedda att utveckla och fördjupa kunskaper i huvudområdet, i detta fall omvårdnad, för studeranden. I en kvalitativ litteraturöversikt handlar det om att få en överblick över kunskapsläget inom det speciella området som har valts ut av författarna (Friberg, 2017). I den holistiska traditionen har kvalitativ design sitt ursprung, och som avser att studera personers levda erfarenheter av ett fenomen, som i detta arbete är klimakteriet. I en kvalitativ studie planerar och reflekterar forskaren över sin egen yrkeserfarenhet, kunskap och livserfarenhet om fenomenet som studeras. När forskare använder kvalitativ design är det primära syftet att skapa kunskap. Kännetecknen för kvalitativ design är att forskaren är anpassningsbar, flexibel samt har ett öppet förhållningssätt till forskningsfältet (Henricson, 2012).

Denna studie är en kvalitativ litteraturstudie med ett induktivt förhållningssätt. Ett induktivt förhållningssätt innebär att man baserar sina slutsatser på tidigare observationer och beskriver detta på ett så korrekt sätt som möjligt (Henricson, 2012). Metodvalet har utgått från studiens syfte att belysa kvinnors erfarenhet av klimakteriet. Kunskapsläget inom ett visst område kartläggs med en litteraturöversikt, vilken baserar sig på vetenskapliga artiklar. De valda artiklarna analyseras och sammanställs och genom det fastställs kunskapsläget. En kvalitativ litteraturöversikt valdes till detta arbete då syftet är att sammanställa kvinnors egna erfarenheter av klimakteriet, för att få en inblick och ökad förståelse inom området.

2.1 Datainsamling och urval

Databaserna EBSCOhost, MEDLINE, CINAHL Complete och PubMed, användes för sökning av artiklar. Sökorden som använts är *“menopause”*, *“menopausal”*, *“perception”*, *“approach”*, *“effects”*, *“women”*, *“healthcare seeking behavior”*, *“coping”*, *“qualitative study”* och *“qualitative research”*. Sökorden kombinerades med de booleska termerna AND och OR i olika kombinationer. Tabellöversikten över sökningarna finns som bilaga i slutet av dokumentet (se bilaga 2).

I förhållandet till syftet har kvalitativa artiklar valts ut. Abstrakten lästes i varje artikel och de artiklar som författarna ansågs vara relevanta kvalitetsgranskades.

Kvalitetsgranskningsmodellen från Olsson & Sörensen (Olsson & Sörensen, 2007) användes och artiklar med medelhög- och hög kvalitet inkluderades i arbetet. Dessutom ingick följande inklusionskriterier; abstrakt tillgängligt och artiklar som är skrivna på engelska eller svenska. För att säkerställa kvaliteten på artiklarna har författarna valt att endast använda artiklar som är referentgranskade och i fulltext. Exklusionskriterierna är kvantitativa artiklar och artiklar med låg kvalitet. Geografiska begränsningar fanns inte. Sammanställningen av de valda artiklarna finns bifogad som bilaga i slutet av dokumentet (se bilaga 3).

2.2 Analys

En analys innebär inledningsvis att bekanta sig med materialet för att skapa en övergripande förståelse. Materialet analyseras och delas upp, så att innehållet i artiklarna matchades med gemensamma teman, för att slutligen skapa en ny helhet (Friberg, 2017). Analysen för inte med sig ny kunskap, men genom syntesen kan ny kunskap och förståelse visas. Författarna bearbetar den insamlade datamängden och gör den överskådlig. Publicerade vetenskapliga artiklar tillhör sekundärdata, där informationen redan har insamlats av andra forskare (Olsson & Sörensen, 2007).

Materialet till denna litteraturstudie har analyserats genom att båda författarna har läst igenom de valda artiklarna noggrant och ett flertal gånger. Därefter har materialet delats upp och olika teman som är relevanta för studiens syfte identifierats och jämförts med varandra för att kunna sammanställa de olika teman. Ett övergripande tema med tre underteman framkom. Dessa sammanställdes till studiens resultat.

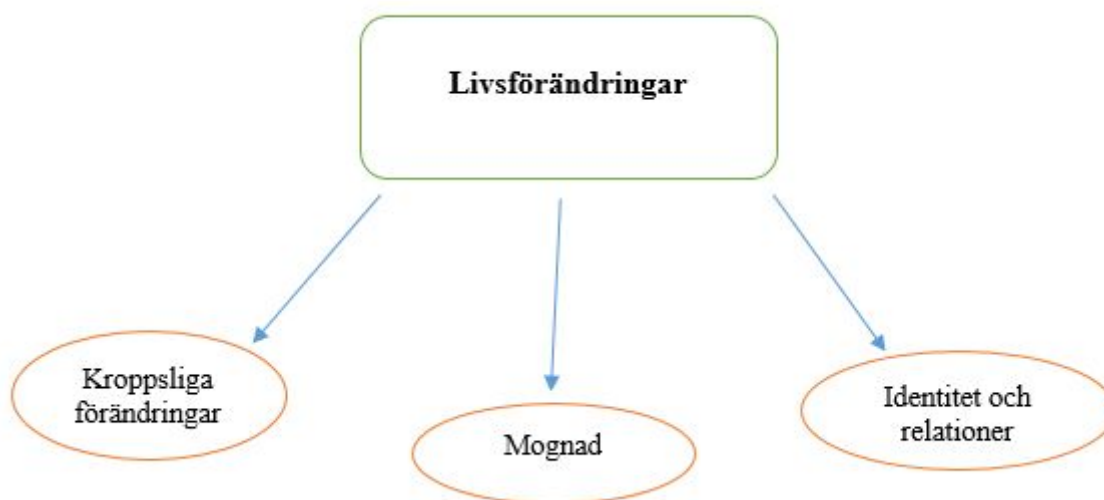
2.3 Forskningsetik

I arbetet inkluderas endast artiklar som påvisar att de har gjort ett noggrant etisk övervägande och samtliga artiklar är kvalitetsgranskade. Kravet är att alla inkluderade artiklar i arbetet, har

varit förhandsgranskade och ingen tidigare relation mellan deltagare och forskare har funnits. Forskningsetiken bygger på respekt för andra människor, deras lika värde, självbestämmande och integritet. Personer som väljer att inte delta i studien ska mötas med respekt och visas hänsyn till självbestämmanderätten. Forskningsetik är att värna om alla livsformer och att försvara människors grundläggande värde samt rättigheter, vidare bidrar den till att skydda de personer som medverkar i studier. Det är även viktigt att värna om forskningens anseende, allmänhetens förtroende för högskoleutbildning och att stödja studeranden vid intressekonflikter och svåra situationer (Henricson, 2012). Alla dessa forskningsetiska principer är beaktade i valet av artiklar till denna studie. Artiklarna som valdes ut har alla visat god forskningsetik och ingen relation mellan forskare och deltagare har kunnat påvisas.

3. RESULTAT

Denna kvalitativa litteraturstudies resultat grundar sig på åtta vetenskapliga artiklar av hög- och medelhög kvalitet. Syftet med studien var att belysa kvinnors erfarenheter av klimakteriet. Analysen av artiklarna ledde till ett övergripande tema: *Livsförändringar*, och tre underteman: *Kroppsliga förändringar*, *Mognad* samt *Identitet och relationer* (se figur 1).



Figur 1: Översikt av kvinnors livsförändringar i klimakteriet.

3.1 Livsförändringar

Kvinnorna erfar både fysiska och psykiska förändringar då klimakteriet inleds. Denna fas i livet påverkar inte bara kroppen, utan även deras relationer genomgår en förändring. Att lämna den fertila perioden efter sig och gå mot ålderdomen gör att de behöver omvärdera sin roll som kvinna. Flertalet av kvinnorna såg klimakteriet som något naturligt och som något accepterbart, medan andra upplevde det som besvärligt och skrämmande (Hvas, 2006; Lindh-Åstrand et al., 2007).

Många av kvinnorna upplevde att de saknade kunskap om klimakteriet. De var inte insatta i hur länge det skulle pågå, vad de kunde förvänta sig efteråt, eller vad de kunde göra för att lindra besvären. Informationen de fått om klimakteriet kom först och främst från väninnor, äldre kvinnliga släktingar eller media, inte från vårdpersonal. De kände sig osäkra på tillförlitligheten på informationen de fått, och somliga upplevde att informationen de fick från sjukvården var förvirrande (Cifcili et al., 2009). De vill kunna lita på informationen de får från sjukvården och inte behöva gå efter vad de hört från bekanta eller släktingar (Dobova et al., 2012; Sergeant & Rizq, 2017). Kvinnorna önskade att de skulle få samma stöd av vården som de fått när de var gravida, och att sjukvårdarna skulle förklara klimakteriet på ett sådant sätt så att de förstår (Alan et al., 2016; Hvas, 2006; Lindh-Åstrand et al., 2007).

3.1.1 Kroppsliga förändringar

Kroppen förändras när man kommer in i klimakteriet, den både känns och ser annorlunda ut. En del av kvinnorna upplevde att deras kroppar blivit mindre pålitliga och att det kändes som att de tappat kontrollen över den (Berterö, 2003; Lindh-Åstrand et al., 2007). Kvinnorna nämner besvär som värmevallningar, hjärklappning, kropps- och ledvärk, stelhet, trötthet och en minskad fysisk kapacitet. Huden blir torrare, likaså slemhinnorna i underlivet, och vikten ökar, speciellt kring midjan (Berterö, 2003; Lindh-Åstrand et al., 2007; Sergeant & Rizq, 2017).

Många upplevde att värmevallningarna var det som var mest besvärande och svårast för dem att hantera. Vallningarna störde nattsömnen vilket gjorde kvinnorna trötta och okoncentrerade under dagtid (Alan et al., 2016; Cifcili et al., 2009; Sergeant & Rizq, 2017). De upplevs även som socialt handikappande då vallningarna kan komma när som helst, och är svåra att dölja för omgivningen. En del av kvinnorna drabbas av en kraftig rodnad i ansiktet när vallningarna kommer, och somliga svettas så ymnigt att kläderna blir genomvåta. Många var oroliga för att de rikliga svettningarna skulle resultera i att de luktade illa och att de skulle upplevas som ofräscha av kollegor och närstående (Berterö, 2003). Flera uppgav att de hade svårt att hitta en fungerande metod för att lindra besvären, och att de fick testa sig fram på måfå (Cifcili et al., 2009; Sergeant & Rizq, 2017).

De flesta av kvinnorna upplevde en stor lättnad i och med menstruationens upphörande, de behöver inte längre hålla reda på bindor och tamponger, oro sig för fläckar på kläderna eller veta var närmaste toalett finns (Cifcili et al., 2009). Samtidigt som man blev av med menstruationen slapp man även de problem som hörde samman med den, som PMS, migrän och menstruationsvärk (Alan et al., 2016; Berterö, 2003; Hvas, 2001; Lindh-Åstrand et al., 2007).

Det fanns stora variationer i hur kvinnorna valde att hantera sina klimakteriebesvär. Många föredrog att gå igenom klimakteriet på naturlig väg. Med det menade de att de föredrog icke-medicinska sätt att behandla besvären, som t ex genom att hålla diet, motionera och använda naturläkemedel. Av dessa alternativ var det motion som ansågs vara det som hjälpte bäst. Motion förbättrade det psykiska måendet och underlättade att bibehålla en hälsosam vikt. En del kvinnor vill inte använda östrogen, då de är oroliga över kopplingen mellan östrogen och cancer. Denna oro var större om det fanns bröstcancer i släkten (Berterö, 2003; Cifcili et al., 2009).

Flera av kvinnorna kände även oro inför framtiden. De oroade sig för att själva åldrandet skulle innebära försämrad fysisk hälsa, och att de skulle drabbas av t ex osteoporos, artrit eller skleros, och därmed förlora sin rörlighet och bli beroende av sin omgivning (Alan et al., 2016; Berterö, 2003; Cifcili et al., 2009; Hvas, 2006; Lindh-Åstrand et al., 2007). Flertalet av kvinnorna ansåg att inte allting angående deras mående är beroende av mediciner eller i händerna på deras läkare. De behöver även ha en hälsosam livsstil för att behålla sitt välmående (Doubova et al., 2012). En av kvinnorna uttryckte det som att hon såg klimakteriet som "en nystart i livet" och att hon blivit mer medveten om sin hälsa och börjat ta hand om sig själv bättre (Cifcili et al., 2009). Det var flera av kvinnorna som såg klimakteriet som en trigger till att ändra sin livsstil och börja leva hälsosammare. De insåg att livet inte är evigt och att det är viktigt att ta vara på de år man har kvar (Hvas, 2001).

3.1.2 Mognad

Många av kvinnorna uppgav att fördelarna med att bli äldre är att bli mer erfaren och kompetent. De utvecklar nya förmågor och kvaliteter, blir mognare, mer självständiga, bättre

på att ta ansvar, sätta gränser och lösa konflikter. Vissa ansåg att de har blivit bättre på att lyssna på andra människor, mer uppmärksamma och toleranta. De känner sig självsäkrare och starkare än när de var yngre, har bättre kontakt med sina inre känslor, färre spärrar och lättare för att uttrycka sina åsikter. Kvinnorna upplever att de har användning av dessa nya förmågor både i privatlivet, där de kan använda dem till att guida och stötta yngre i deras närhet, och i arbetslivet där de ansåg att deras erfarenhet och kompetens gjorde dem till bättre anställda (Cifcili et al., 2009; Hvas, 2001, 2006). Somliga upplever att den mentala mognaden gör att de har bättre kontakt med sina känslor, är mer medvetna om vad de vill ha, och har lättare för att uttrycka sina önskningar (Berterö, 2003; Cifcili et al., 2009; Doubova et al., 2012; Lindh-Åstrand et al., 2007).

Med mognaden kommer en känsla av frihet, något som flera av kvinnorna nämner i samband med klimakteriet. När barnen blivit stora och klarar sig själva, finns det mer tid för att utveckla sina egna intressen. Fokus förändras, från att tidigare haft fokus på familjen, fokuserar man nu på sin egen utveckling, sitt hem och sin karriär. Det finns mera tid och möjlighet att göra sådant som man själv vill göra (Hvas, 2001, 2006; Sergeant & Rizq, 2017). Flera upplevde också en större ekonomisk frihet. Lönen är högre än när man var yngre, och utgifterna har minskat sedan barnen flyttade hemifrån (Hvas, 2006).

3.1.3 Identitet och relationer

Flera av kvinnorna i studien ansåg att klimakteriet ledde till att de behövde omvärdera sin roll och sin status som kvinna. De kämpar med att behålla känslan av att "jag är fortfarande jag", även om de går igenom de förändringar som klimakteriet innebär (Sergeant & Rizq, 2017). En del uttryckte det som att klimakteriet betydde slutet för dem som kvinnor, att de skulle förlora sin femininitet och känna sig gamla (Cifcili et al., 2009; Doubova et al., 2012; Hvas, 2006). Några uttryckte en oro över den negativa syn, som de upplever finns på kvinnor i klimakteriet. De beförde att detta skulle göra dem mindre attraktiva på arbetsmarknaden, och att de skulle bli sedda av sin omgivning som "griniga klimakterie- kärringar" eller att de skulle bli "osynliga" (Hvas, 2006; Sergeant & Rizq, 2017). Andra uppgav att klimakteriet gav dem en känsla av förlust och tomhet. Nu när barnen blivit vuxna och inte längre behöver

dem, förändras deras roll som mamma. Flera ser dock framemot, eller har redan fått uppleva, sin nya roll som mormor (Alan et al., 2016; Hvas, 2001, 2006; Lindh-Åstrand et al., 2007).

Flera av kvinnorna upplevde att konflikterna med partnern hade ökat sedan de kom in i klimakteriet och relaterade detta till sin emotionella instabilitet och sitt dåliga humör (Cifcili et al., 2009; Lindh-Åstrand et al., 2007). Humörsvängningar var ett besvär som återkom i flera av artiklarna. Kvinnorna uppgav att de har mindre tålamod än tidigare, och blir fortare arga. Somliga sade att de kunde starta ett gräl med sin man utan att det fanns någon anledning (Alan et al., 2016; Berterö, 2003; Cifcili et al., 2009; Lindh-Åstrand et al., 2007). Flera av kvinnorna upplevde humörsvängningarna som outhärdliga och kände att de behövde söka hjälp för sina problem, eftersom de var oroliga för att det skulle förstöra förhållandet till mannen och barnen. Oftast var humörsvängningarna som värst under de perioder då de led av värmevallningar (Berterö, 2003).

En del av kvinnorna uppgav att sexlusten hade minskat sedan de kom in i klimakteriet, och att detta påverkade deras relation med mannen negativt. En kvinna sade att för att rädda förhållandet fortsatte hon ha sex med sin man, även om hon inte hade lust (Cifcili et al., 2009). Det fanns även kvinnor som sade att de fortfarande känner sexuell lust, men att de avstår från sex eftersom de känner sig oattraktiva (Doubova et al., 2012). Andra kvinnor uppgav att sexlivet, och förhållandet med mannen, aldrig hade varit bättre än nu. De uppgav att i och med att risken för att bli gravid upphört kände de en större sexuell frihet (Hvas, 2001, 2006).

4. DISKUSSION

Resultatanalysen av kvinnors erfarenheter av klimakteriet resulterade i ett övergripande tema: *Livsförändringar* och tre underteman: *Kroppsliga förändringar*, *Mognad* samt *Identitet och relationer*. Diskussionsdelen är uppdelad i tre delar: resultatdiskussion, metoddiskussion och konklusion. I resultatdiskussionen återkopplas resultatet till annan forskning och Dorothea Orems omvårdnadsteori om egenvård (*self-care theory*) och egenvårdsbalans (*Self-Care Deficit Nursing Theory*).

4.1 Resultatdiskussion

Många kvinnor i studien uppger att de pga okunskap har svårt att hantera sina besvär på ett effektivt sätt, och att detta påverkar deras liv negativt. Det är viktigt att ta i beaktande då det i annan forskning har visat sig att det är betydelsefullt för kvinnorna att kunna fortsätta med sitt vardagliga liv och att klimakteriebesvären inte får hindra dem från att vara aktiva och välmående (Mackey, 2007). Forskning visar att det finns andra faktorer som påverkar hur kvinnorna klarar av att hantera besvären under klimakteriet, t ex ärftlighet, socioekonomi, förväntningar på klimakteriet, förmåga att hantera stress, levnadsvanor och ett högt BMI. Även dessa faktorer behövs tas i beaktande i mötet med patienten (Socialstyrelsen, 2020).

Att spegla studiens resultat mot en omvårdnadsteori kan ge en större insikt om hur de nya kunskaperna kan implementeras i vården. Dorothea Orem var en amerikansk framstående omvårdnadsteoretiker. Hon är mest känd för sin egenvårdsteori, *Self-Care Theory*. Hon menar att egenvård är någonting som varje individ själv tar initiativet till, för att överleva, och för att fortsätta vara frisk och välmående. Hennes teori om egenvårdsbalans utgår från att det uppstår en obalans om patienten upplever att den egna kunskapen och förmågan inte räcker till för att klara av egenvården. Sjukskötarens roll är att hjälpa och assistera patienten så att balans kan uppstå. Orem identifierade fem metoder som sjukskötaren kan använda sig av för att hjälpa patienten: 1. Agera för eller göra saker åt patienten 2. Vägleda 3. Ge fysiskt eller psykiskt stöd 4. Skapa en miljö som tillåter personlig utveckling 5. Undervisa (Tomey & Alligood, 2002).

Resultatet visar att de fysiologiska förändringarna oftast erfars som negativa, medan de psykologiska förändringarna ses som något positivt. Kvinnorna i studien anser att deras erfarenhet och kompetens, tillsammans med ett bättre självförtroende, gör dem till en tillgång på arbetsmarknaden. Genom att hjälpa dem med att hantera sina kroppsliga besvär, kan sjukvården se till att de kan fortsätta vara en resurs för samhället. I vårt resultat fann vi att de biologiska och sociala effekterna av klimakteriet inte är åtskilda, utan båda dimensionerna är sammanflätade med varandra, vilket även stärks i litteraturen (Oinas & Ahlbeck-Rehn, 2007).

Denna nya fas i livet påverkar det sociala och får kvinnorna att ändra fokus, från barn och familjeliv, till sin egen utveckling och sina egna intressen. Flera kvinnor uttryckte oro för att det fanns en negativ syn på kvinnor i klimakteriet, och de var rädda för att de skulle ses som mindre attraktiva av män. Det framkommer i vårt resultat att många kvinnor har svårigheter med det sexuella. Annan forskning visar att sexualiteten är en ofta förbisedd aspekt i äldre kvinnors liv. Även om den sexuella aktiviteten ändras med åldern, så är intimiteten fortfarande en betydande del i kvinnornas relationer. Svårigheter med att funktionera sexuellt, t ex pga minskad lust eller sköra slemhinnor, kan påverka kvinnans välmående och livskvalitet. Därför är det viktigt enligt Orems teori, att skapa en vårdmiljö där kvinnorna kan känna sig trygga med att vara öppna om dessa problem (Tremayne & Norton, 2017).

I likhet med vårt resultat framkommer det i annan forskning att de flesta av kvinnorna upplever att de vasomotoriska symtomen besvärar dem mest och är svårast att hantera. Värmevallningar förekommer hos över 75 % av alla kvinnor som befinner sig i klimakteriet. Även oro för osteoporos återkom i flera av artiklarna, vilket är en befogad oro: Kvinnor i klimakteriet kan förlora upp till 4-5 % i bentäthet per år pga av minskade östrogennivåer. Östrogenet har en skyddande effekt på benmassan (Perry, 2019). Genom att undervisa dem om vikten av egenvård, enligt Orems teori, kan dessa besvär lindras och förebyggas.

Något som återkom i flertalet av artiklarna var kvinnornas känsla av bristande kunskap om klimakteriet och rädslan för att använda hormonterapi pga cancerrisken. En turkisk studie visar att hälften av kvinnorna som får hormonterapi väljer att avsluta behandlingen pga rädsla för cancer (Sahin et al., 2011). Med rätt information och vägledning kan kvinnorna känna sig trygga med sitt val av behandling. Flera av deltagarna i studien önskade ett bättre stöd från

vården. Enligt Limeira Lopes et al., är bristen på kunskap om klimakteriet hos sjukskötare en problemfaktor i relationen med patienten. De anser att kvaliteten på vården inte bara är beroende av etiska principer, respekt och acceptans. Det krävs även att sjukskötarna har kunskap om besvären som kvinnor i klimakteriet kan uppleva för att kunna tillgodose dessa patienters behov av stöd och omvårdnad. Flera av sjukskötarna i artikeln uppgav att bristen på kunskap skapade ett avstånd till patienten (Limeira Lopes et al., 2013). Detta understödjer kvinnornas upplevelser om att stödet från vården brister.

I en studie gjord 2017 där sjukskötare utbildade en grupp kvinnor om klimakteriet, minskade kvinnornas negativa attityd till vallningar och deras nya inställning ökade livskvaliteten till det bättre. I jämförelsegruppen som inte fick någon utbildning sågs ingen attitydförändring (Sis Çelik & Pasinlioğlu, 2017). En gruppintervention är ett konkret exempel på hur Orems teori om vägledning och utbildning kan användas i praktiken. Vid individuella möten är det viktigt att sjukskötaren känner igen klimakterieproblem och kan lyfta samtalet med patienten. Detta relaterar till den första punkten i Orems teori, att agera för eller göra saker för patienten. Här anser författarna att det finns en lucka för sjukskötare att fylla. Vårdpersonalen behöver bli bättre på att se dessa kvinnor och ha en bättre kunskap om klimakteriet och vilka besvär kvinnan kan uppleva. Orems teori om att sjukskötarens uppgift är att vägleda, ge stöd, undervisa och skapa en miljö där patienten kan känna sig trygg, är en förutsättning för att ge en god omvårdnad till kvinnor i klimakteriet.

Med att undervisa och ge kvinnorna kunskap om klimakteriet, och vad de kan göra för att stärka sin egen hälsa, kan sjukskötaren hjälpa dem till egenvårdsbalans. Som ett verktyg i mötet med kvinnan kan sjukskötaren använda sig av Menopause Rating Scale (MRS). Genom att kartlägga kvinnans besvär kan en personcentrerad omvårdnad ges. MRS-skalan skapades i början av 1990-talet av ZEG (The Berlin Center for Epidemiology and Health Research) för att möta behovet av en standardiserad skala som kan mäta graden av klimakterierelaterade symtom, och deras inverkan på kvinnans livskvalitet. MRS-skalan är ett internationellt vedertaget verktyg, och kan även användas för att hjälpa kvinnor att bedöma olika hälsorelaterade symtom som förekommer före, i samband med, och efter hormonbehandling (Heinemann et al., 2004) (se bilaga 1).

4.2 Metoddiskussion

I denna kvalitativa litteraturstudie har författarna valt att skriva utifrån kvinnors perspektiv för att få en bild av vilka erfarenheter de har av klimakteriet. Ett induktivt förhållningssätt valdes för att lyfta fram kvinnors erfarenheter. I en litteraturbaserad studie bör tillvägagångssättet värderas och metod, urvalsförfarande och analys diskuteras i metoddiskussionen (Friberg, 2017). I ett examensarbete syftar metoddiskussionen till att påvisa hur kvaliteten har säkerställts. Det är viktigt att diskutera styrkor och svagheter i det genomförda arbetet och att ha ett kritiskt förhållningssätt till det som gjorts (Henricson, 2012).

Samtliga artiklar som använts i studien är hämtade från omvårdnadsvetenskapliga databaser: EBSCOhost, CINAHL Complete, MEDLINE och PubMed. Sökorden som användes resulterade i att flertalet artiklar hittades inom ämnet, en data mättnad uppnåddes och inga nya artiklar framkom. Data mättnaden kvarstod trots sökningar i olika databaser vilket ger en ökad trovärdighet på studien. Artiklarna som håller medelhög och hög kvalitet, är referentgranskade, i fulltext och kvalitetsgranskade med en mall från Olsson och Sörensen, vilket stärker trovärdigheten på studien (Henricson, 2012).

De valda artiklarna har en bred geografisk spridning och består av kvalitativa undersökningar som gjorts i Storbritannien, Danmark, Sverige, Turkiet och Mexiko. Studien av artiklarna visade att kvinnorna hade liknande erfarenheter av klimakteriet, trots att de kom från olika länder. Men det fanns även sådant som skiljde dem åt. Kvinnorna i Turkiet och Mexiko verkade vara mer bekymrade över att förlora sin femininitet och sin status som kvinna, än kvinnorna i de mer jämställda länderna Storbritannien, Danmark och Sverige (Globalis, 2017). Författarna valde att lägga störst fokus på det som var gemensamt bland alla kvinnor, men är medvetna om att det kan finnas kulturella skillnader för hur man upplever klimakteriet. I och med att samhället blir mer och mer mångkulturellt, kunde det vara på sin plats att undersöka hur dessa skillnader kan se ut.

En svaghet i denna litteratursammanställning är att alla funna artiklar är skrivna på engelska och det finns en risk att innehållet feltolkats då det översatts till svenska av författarna. Detta är respondenternas första litteraturstudie vilket kan påverka kvaliteten på arbetet (Henricson, 2012). Till stöd under arbetets gång har författarna haft handledande lärare och medstuderande, som har bidragit med värdefulla råd för arbetets utveckling. Författarna till denna litteraturstudie anser att samarbetet och det egna intresset inom området är en styrka. Båda författarna har tagit del av materialet och diskuterat fram en struktur och en arbetsplan. Författarna anser att en kvalitativ litteraturstudie är ett passande alternativ för att ge svar på frågeställningen. Hade det funnits mera tid skulle en kvalitativ enkätstudie varit intressant att genomföra på åländska kvinnor, då det är dessa kvinnor vi kommer att möta i vården. År 2019 fanns det 4 007 kvinnor i åldern 40 - 59 år på Åland, visar ÅSUB i sin statistik (Ålands statistik- och utredningsbyrå, u.å.). Det hade varit gynnsamt för Ålands Hälso- och sjukvård att undersöka åländska kvinnors erfarenheter av klimakteriet, samt deras syn på hur vården bemöter dem för att förbättra vården. I större kontext vore det intressant med en framtida forskning där man undersöker om kvinnor som deltar i en stödgrupp, med undervisning om klimakteriet och egenvårds metoder, får bättre hälsa och välmående senare i livet.

4.3 Konklusion

Denna litteraturstudie undersöker kvinnors erfarenheter av klimakteriet. Resultatet visar att de kroppsliga besvären var det som kvinnorna hade svårast att hantera, medan den mentala mognaden sågs som positiv. Det framkommer i artiklarna att kvinnornas brist på kunskap kan leda till att de får svårigheter med att hantera sina klimakteriebesvär på ett effektivt sätt. En god omvårdnad ger kvinnorna förutsättning att fortsätta vara aktiva och bibehålla sin livskvalitet. Andra studier visar även att sjukvårdspersonal upplever att de saknar tillräcklig kunskap och förberedelse för att möta denna patientgrupp. Detta påvisar att även sjukskötare inom allmänvård behöver kontinuerlig fortbildning om det senaste inom klimakteriet och dess behandlingsalternativ, för att undervisa och ge dessa kvinnor god omvårdnad. Att stödja och stärka kvinnors förmåga till egenvård kan leda till bättre hälsa och välmående, inte bara under klimakteriet, utan även under resten av livet.

KÄLLFÖRTECKNING

- Alan, S., Gozuyesil, E., & Gokyildiz, S. (2016). Effects of menopause on the life of women who experience hot flashes and their health-seeking behaviours. *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), 542–550.
http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/20_Sultan_original_9_2.pdf
- Banks, S. (2019). Menopause and the NHS: caring for and retaining the older workforce. *The British Journal of Nursing*, 28(16), 1086–1090. doi.org/10.12968/bjon.2019.28.16.1086
- Barros da Silva, S., Nery, I. S., & Calixto de Carvalho, A. M. (2016). Social representations elaborated by nurses about climacteric women in primary health care. *Rev Rene*, 17(3), 363–371.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=116782626&site=ehost-live>
- Berin, E., Hammar, M., Lindblom, H., Lindh-Åstrand, L., Rubér, M., & Spetz Holm, A.-C. (2019). Resistance training for hot flushes in postmenopausal women: A randomised controlled trial. *Maturitas*, 126, 55–60. doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.05.005
- Berterö, C. (2003). What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. *International Nursing Review*, 50(2), 109–118. doi.org/10.1046/j.1466-7657.2003.00185.x
- Castelo-Branco, C., Peralta, S., Ferrer, J., Palacios, S., Cornago, S., & Quereda, F. (2006). The dilemma of menopause and hormone replacement--a challenge for women and health-care providers: knowledge of menopause and hormone therapy in Spanish menopausal women. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 9(5), 380–387. doi.org/10.1080/13697130600955385

- Cifcili, S. Y., Akman, M., Demirkol, A., Unalan, P. C., & Vermeire, E. (2009). "I should live and finish it": A qualitative inquiry into Turkish women's menopause experience. In *BMC Family Practice*, 10(1). doi.org/10.1186/1471-2296-10-2
- Dahlborg-Lyckhage, E. (Red.). (2014). *Att bli sjuksköterska - en introduktion till yrke och ämne*. (2:4). Lund: Studentlitteratur.
- Doubova, S. V., Infante-Castañeda, C., Martinez-Vega, I., & Pérez-Cuevas, R. (2012). Toward healthy aging through empowering self-care during the climacteric stage. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 15(6), 563–572. doi.org/10.3109/13697137.2011.635824
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- GII - jämställdhet. (2017). Globalis.se. Hämtad 2020-04-29 från: <https://www.globalis.se/Statistik/GII-jaemstaellldhet>
- Hammar, M. (2020). *Klimakteriella besvär*. Internetmedicin.se. Hämtad 2020-05-13 från: <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=8349>
- Heinemann, L. A. J., DoMinh, T., Strelow, F., Gerbsch, S., Schnitker, J., & Schneider, H. P. G. (2004). The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(67). doi.org/10.1186/1477-7525-2-67
- Hemminki, E., Topo, P., & Kangas, I. (1995). Experience and opinions of climacterium by Finnish women. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 62(1), 81–87. doi.org/10.1016/0301-2115(95)02118-q
- Henricson, M. (Red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod : Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Henriksson, O., & Rasmusson, M. (2013). *Fysiologi med relevant anatomi* (3:6). Polen: Studentlitteratur.

Hvas, L. (2001). Positive aspects of menopause: a qualitative study. *Maturitas*, 39(1), 11–17. doi.org/10.1016/s0378-5122(01)00184-0

Hvas, L. (2006). Menopausal women's positive experience of growing older. *Maturitas*, 54(3), 245–251. doi.org/10.1016/j.maturitas.2005.11.006

Janson, P. O., & Landgren, B.-M. (Red.). (2010). *Gynekologi* (1:4). Lund: Studentlitteratur.

Kvinnor och män | Ålands statistik- och utredningsbyrå. (n.d.). Hämtad 2020-05-13 från : <https://www.asub.ax/sv/temaomraden/kvinnor-och-man>

Limeira Lopes, M. E., Da Costa, S. F. G., De Lima Gouveia, E. M., Evangelista, C. B., De Magalhães Oliveira, A. M., & Da Costa, K. C. (2013). Assistance to women in menopause: Speech of Nurses. *Journal of Nursing*, 7(3), 665–671. doi.org/10.5205/reuol.3161.26181-6-LE.0703201304

Lindh-Åstrand, L., Hoffmann, M., Hammar, M., & Kjellgren, K. I. (2007). Women's conception of the menopausal transition - a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 509–517. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01547.x

Mackey, S. (2007). Women's experience of being well during peri-menopause: a phenomenological study. *Contemporary Nurse*, 25(1-2), 39–49. doi.org/10.5172/conu.2007.25.1-2.39

Morris, M. E., & Symonds, A. (2004). "We've been trained to put up with it": real women and the menopause. *Critical Public Health*, 14(3), 311–323. doi.org/10.1080/09581590400004436

- Mueck, A. O. (2012). Postmenopausal hormone replacement therapy and cardiovascular disease: the value of transdermal estradiol and micronized progesterone. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 15(1), 11–17.
doi.org/10.3109/13697137.2012.669624
- Oinas, E., & Ahlbeck-Rehn, J. (Red.). (2007). *Kvinnor, kropp och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen* (1:2). Stockholm: Liber.
- Perry, M. (2019). Menopausal symptoms and hormone replacement therapy. *Journal of Community Nursing*, 33(3), 61–66.
<https://www.jcn.co.uk/files/downloads/articles/13-menopausal.pdf>
- Sahin, N. H., Bal, M. D., Boğa, N. M., Gökdemirel, S., & Taşpınar, A. (2011). Women's perception of the menopause and hormone treatment: barriers against hormone therapy. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 14(1), 152–156.
doi.org/10.3109/13697137.2010.495423
- Schierbeck, L. (2015). Primary prevention of cardiovascular disease with hormone replacement therapy. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 18(4), 492–497. doi.org/10.3109/13697137.2015.1034098
- Sergeant, J., & Rizq, R. (2017). “Its all part of the big CHANGE”: a grounded theory study of women's identity during menopause. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 38(3), 189–201. doi.org/10.1080/0167482x.2016.1270937
- SFOG-råd för menopausal Hormonbehandling 2019* | SFOG. (u.å.). Hämtad 2020-04-07 från:
<https://www.sfog.se/start/om-sfog/aktuellt/sfog-raad-foer-menopausal-hormonbehandlingen-2019/>

Sis Çelik, A., & Pasinlioğlu, T. (2017). Effects of imparting planned health education on hot flush beliefs and quality of life of climacteric women. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 20(1), 25–30.

doi.org/10.1080/13697137.2016.1249839

Socialstyrelsen. (2020). *Kartläggning av vård och behandling vid klimakteriebesvär ur perspektivet jämlik vård.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6568.pdf>

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Nursing Theorists and Their Work* (1:5). USA: Mosby.

Tremayne, P., & Norton, W. (2017). Sexuality and the older woman. *The British Journal of Nursing*, 26(14), 819–824. doi.org/10.12968/bjon.2017.26.14.819

Uppslagsverk - NE.se. (u.å.). Hämtad 2020-03-18 från:

<https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/klimakterium>

BILAGOR

Bilaga 1: MRS-skala

Menopause Rating Scale (MRS)

Vilka av följande symptom stämmer in på dig för tillfället? Sätt ett kryss i den ruta som passar bäst för varje symptom. För symptom som inte är aktuella, markera „inga“

Symtom:

åra	inga	lindriga	måttliga	svåra	mycket sv
	0	1	2	3	4
1. Blodvällningar, svettningar (tillfälliga svettningar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hjärtproblem (ovanlig medvetenhet av hjärtslag, hjärtat hoppar över ett slag, hjärklappning, spändhet??)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Somnproblem (svårigheter att somna, svårigheter att sova hela natten, vaknar tidigt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Deprimerad (känner sig nere, ledsen, på gränsen att börja gråta, brist på energi, humörsvängningar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Retlighet (känner nervositet, inre spänningar, känner aggressivitet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oro (inre rastlöshet, panikkänslor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fysisk och mental utmattning (försämrade prestationsförmåga i allmänhet, försämrat minne, koncentrationssvårigheter, glömska)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sexuella problem (ändring av sexuell lust, i sexuell aktivitet och tillfredsställelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Urinblåseproblem (svårigheter att urinera, ökat behov av att urinera, inkontinens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Slidtorrhet (torr eller brännande känsla i slidan, svårigheter vid samlag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Led- och muskelbesvär (ont i lederna, reumatiska besvär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Heinemann et al., 2004)

Bilaga 2: Tabellöversikt av litteratursökning

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal använda artiklar i studiens resultat	Datum för sökning
EBSCO/ CINAHL/ MEDLINE	Menopause AND effects AND women AND qualitative study OR qualitative research (menopause OR menopausal) AND (qualitative study OR qualitative research) AND perception	MEDLINE;5 CINAHL; 3 MEDLINE;10 CINAHL;12	1 1	31.03.2020
EBSCO/CINAHL	Women's experiences AND menopause AND expectations	2	2	23.03.2020
EBSCO/CINAHL	Women AND approach AND menopause	86	1	26.03.2020
PubMed	Menopause AND women approach	37	1	25.03.2020
EBSCO/CINAHL	Menopause AND healthcare seeking behavior	16	1	26.03.2020
EBSCO/CINAHL	Women AND coping AND menopause	27	1	26.03.2020

Bilaga 3: Tabellöversikt av resultatartiklar

Författare, år, titel, land, tidskrift	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Kvalitet
1. Sergeant, J., & Rizq, R. 2017. "It's all part of the big CHANGE: a grounded theory study of women's identity during menopause". Storbritannien. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.	Att undersöka hur klimakteriet påverkar kvinnors identitet, och reflektera över hur sociokulturella faktorer påverkar deras upplevelse av denna period i livet.	11 kvinnor som har genomgått klimakteriet de senaste två åren	Kvalitativ, grundad teori, semistrukturerade intervjuer.	Kvinnorna uppgav att förändringen i kroppen under klimakteriet gav upphov till en känsla av osäkerhet, en ny fas i livet inleddes vilket gjorde det nödvändigt att omvärdera sin betydelse, sin hälsa, attraktivitet och emotionella stabilitet.	Hög
2. Hvas, L. 2001. "Positive aspects of menopause. A qualitative study". Danmark. Maturitas, The European menopause journal.	Att undersöka om det finns positiva erfarenheter gällande klimakteriet, och om så är fallet, vilken typ av erfarenheter.	1261 51-åriga kvinnor valdes slumpmässigt från Danska civilregistret och tillfrågades om de ville vara med i studien. 393 tackade ja.	Kvalitativ studie med öppna frågor inkluderat frågor.	En stor del av kvinnorna uppgav att de upplevde positiva sidor av klimakteriet, först och främst pga mensens upphörande och därmed slippa PMS och risken att bli gravid. En del uppgav att de inte hade några problem överhuvudtaget, de kände att klimakteriet gav dem möjlighet till personlig utveckling och en frihet att ägna sig åt sina egna behov.	Medel
5. Alan, S., Gozuyesil, E. & Gokyildiz, S. 2016. Turkiet. "Effects of Menopause on the Life of Women Who Experience Hot Flashes and their Health-Seeking	Syftet med denna studie är att undersöka vilka hälso sökande beteenden kvinnor som upplever värmevallningar uppvisar.	40 frivilliga kvinnor som upplevde vallningar, och genomgick klimakteriet på ett naturligt sätt, deltog i	Kvalitativ studie.	Resultaten visade att värmevallningarna påverkade kvinnornas livskvalitet avsevärt. De visade olika hälso sökande beteenden, och de hade förväntningar på både sina släktingar och vårdpersonal. I de teman som framkom i studien	Medel

Behaviours". International Journal of Caring Sciences		studien.		ingick negativa uppfattningar om klimakteriet, minskad livskvalitet, beredskapen för klimakteriet, hantering av besvär, förväntningar av vårdpersonal och familjen.	
6. Lindh-Åstrand, L., Hoffmann, M., Hammar, M. & Kjellgren, K.I. 2007. Sverige. "Women's conception of the menopausal transition - a qualitative study. Journal of Clinical Nursing.	Att undersöka om uppfattningen av klimakteriet varierar mellan kvinnor som söker medicinsk rådgivning pga klimakteriesym tom, och om i så fall beskriva hur dessa olika uppfattningar ser ut.	20 kvinnor intervjuades efter deras första besök hos en gynekologm ottagning angående klimakteriesy mtom.	Kvalitativ studie. Intervjuer med semistrukturer ade frågor som analyserades på ett fenomenografi skt sätt.	En stor variation av föreställningar avslöjades. Två huvudkategorier identifierades inklusive olika fysiska förändringar med varierande symtom och både positiva och negativa psykologiska förändringar. Menopausen beskrivs också som en naturlig process och som en utvecklingsfas i livet.	Hög
7. Hvas, L. 2005. Danmark. "Menopausal women's positive experience of growing older. Maturitas, The European menopause journal.	Att beskriva vilka positiva erfarenheter kvinnor i klimakteriet kan ha av att bli äldre och av att komma in i medelåldern.	24 st slumpvis utvalda 52-53-åriga danska kvinnor i klimakteriet.	Kvalitativ studie med semistrukturer ade frågor.	Kvinnorna uttryckte varierande och mångfacetterade åsikter, och kopplade tydligt ihop klimakteriet med åldrandet. Alla, utom en, upplevde positiva aspekter av att bli äldre: 1. de hade blivit mer erfarna och kompetenta; 2. de hade fått mer frihet; 3. de uppfattade möjligheterna till personlig utveckling som gjorde att de kunde hålla fast vid sina egna åsikter och bättre uttrycka sina tankar. De upplevda positiva effekterna var resultatet av att ha levt ett långt liv, på gott och ont, inte av själva klimakteriet. Kvinnorna nämnde	Medel

				också negativa aspekter: 1. negativa förväntningar; och 2. negativa upplevelser. De positiva, ofta av psykologisk eller existentiell karaktär, tycktes uppväga de negativa upplevelser som mest var relaterade till kroppsliga förändringar eller förluster.	
8. Cifcili, S., Akman, M., Demirkol, A., & Unalan, P.C. 2009. Turkiet. "I should live and finish it: A qualitative inquiry into Turkish women's menopause experience. BMC Family Practice.	Att utforska turkiska kvinnors uppfattningar om klimakteriet och hormonterapi (HT) för att ge vårdpersonal en inblick i behoven och förväntningarna från kvinnor i klimakteriet.	Kvinnor som sökte sig till the Family Medicine and Menopause Outpatient Clinic vid ett universitetssjukhus i Turkiet inbjöds till att delta i studien. 16 kvinnor tackade ja.	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer.	De flesta av deltagarna definierade klimakteriet som en naturlig övergångsprocess som man ska gå igenom. Renlighet, mognad, lättnad över att inte längre ha mens och positiva förändringar i hälsobeteendet, sågs som positiva sidor av klimakteriet, medan vallningar, att bli gammal och svårigheter i relationer sågs som negativt. Osteoporos var ett stort problem för de flesta av deltagarna. De flesta föredrog icke-medicinska metoder för att hantera sina symtom.	Hög
9. Doubova, S.V., Infante-Castañeda, C., Martinez-Vega, I., & Pérez-Cuevas, R. 2012. Mexico. "Toward healthy aging through empowering self-care during the climacteric stage. Climacteric.	Att undersöka hur kvinnors syn på klimakteriet, deras oro och behov, förändrades efter att de deltagit i ett kvinnocentrerat hälsoprogram med inriktning	Totalt deltog 121 kvinnor mellan 45 och 59 år.	Kvinnors berättelser under rådgivande grupp-sessioner analyserades med kvalitativ induktiv tematisk analys.	I början av grupp-sessionerna förekom följande teman; 1. Brist på information om förändringar i klimakteriet och egenvård. 2. Tradition; klimakteriet som ett tabuämne. 3. Livsförändringar, komplexiteten i upplevelsen av	Hög

	på egenvård, empowerment.			<p>klimakteriet. 4. Stigma av klimakteriet. 5. Relationen mellan den traditionella könsrollen och bristen på egenvård. I slutet av grupp-sessionerna fanns följande teman; 1. Klimakteriet som en naturlig fas. 2. Förväntningar på ålderdomen. 3. Empowerment och förändringar gällande kunskaper i egenvård. 4. De-medikaliseringen av klimakteriet. 5. Rikedom av grupparbete och 6. Empowerment som motivation till att använda sig av lärdomar.</p>	
<p>12. Berterö, C. 2003 Sverige. "What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. International Nursing Review.</p>	<p>Att identifiera och beskriva kvinnors förväntningar på, farhågor inför och kunskap om klimakteriet och klimakteriska symtom.</p>	<p>39 kvinnor, alla 47 år gamla.</p>	<p>Intervjuer med semistrukturerade frågor, analysen av datan var baserad på innehållsanalys med en kvalitativ inriktning.</p>	<p>Resultatet visade bl a att kvinnorna kände en känsla av frihet. Farhågorna bestod av olika klimakteriebesvär, vilka de kände väl till, antingen pga egna erfarenheter eller andras. Kvinnorna var till en viss del varse om de fysiska och psykiska förändringarna som kommer med klimakteriet, men de saknade kunskap om hur man kunde undvika eller mildra dessa symtom genom egenvård.</p>	<p>Medel</p>

