

Förändringar i kvinnors sexuella funktioner under klimakteriet

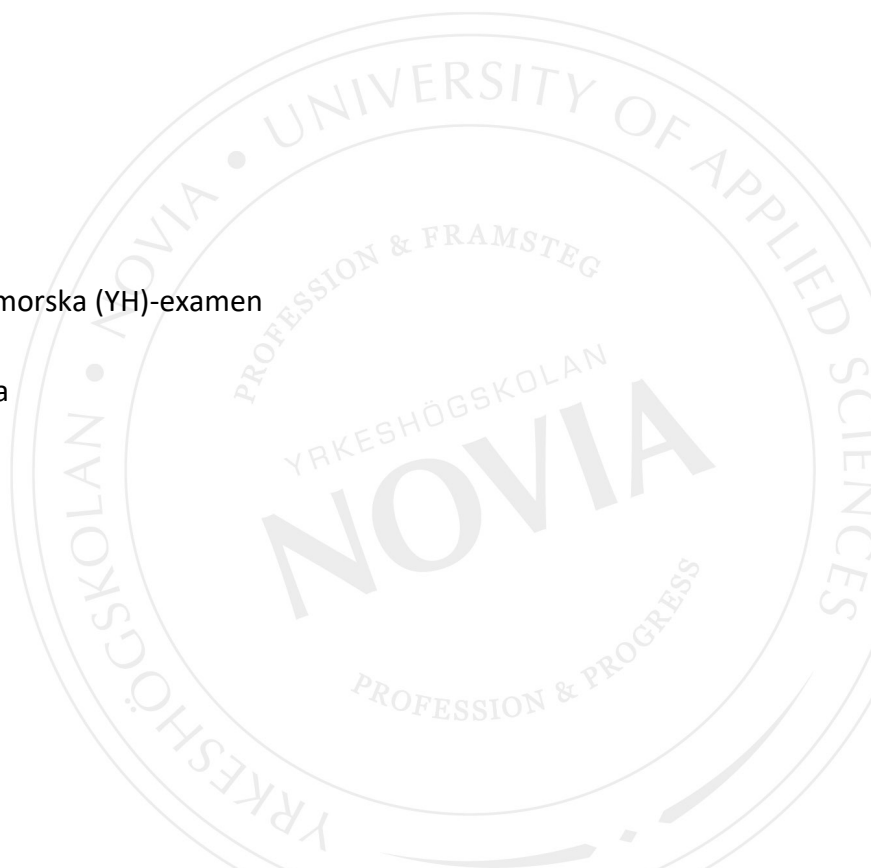
En kvalitativ studie om kvinnors upplevelser

Inessa Witting

Examensarbete för Barnmorska (YH)-examen

Utbildningen Barnmorska

Vasa 2021



EXAMENSARBETE

Författare: Inessa Witting

Utbildning och ort: Vård, Vasa

Inriktning: Barnmorska

Handledare: Terese Österberg

Titel: Förändringar i kvinnors sexuella funktioner under klimakteriet : en kvalitativ studie om kvinnors upplevelser

Datum: 17.11.2021 Sidantal: 46

Bilagor: 3

Abstrakt

Syftet med detta arbete var att undersöka om kvinnor upplevde någon förändring i sin sexuella funktion i samband med menopausen, om de fick förebyggande information om möjliga förändringar tillhörande klimakteriet samt stöd och hjälp vid behov.

Studien gjordes i form av intervjuer med fem kvinnor. Datamaterialet analyserades i enlighet med kvalitativ innehållsanalys och jämfördes med tidigare forskning i ämnet. Resultaten tolkades utgående från Betty Neumans systemmodell.

Resultaten visar att varje kvinnas upplevelse av de hormonella förändringar som klimakteriet medför är olik den andras. Positiva och negativa förändringar i sexuella funktioner förekommer i varierande grad och upplevs mer och mindre besvärliga. Övriga klimakteriesymtom förekommer i olika hög utsträckning hos informanterna. Majoriteten har inte fått förebyggande information från sjukvården om möjliga förändringar som klimakteriet kan medföra. De flesta har blivit bra bemötta vid kontakt med sjukvården och fått hjälp mot eventuella besvär. Samtliga upplever att de fick stöd av vänner eller partner.

Sammanfattningsvis har varje kvinna en individuell upplevelse av sin menopaus och de förändringar den medför. Vårdpersonal borde ta upp ämnet oftare och det finns behov av mer forskning om kvinnors sexuella funktioner under och efter klimakteriet.

Språk: Svenska

Nyckelord: Klimakterium, menopaus, kvinna, sexuell funktion, upplevelse, stöd

BACHELOR'S THESIS

Author: Inessa Witting

Degree Programme: Nursing, Vaasa

Specialization: Midwifery

Supervisor(s): Terese Österberg

Title: Changes in female sexual functions during menopause : a qualitative study regarding the experiences of women

Date: 17.11.2021

Number of pages: 46

Appendices: 3

Abstract

The aim of this study was to investigate whether women experience a change in their sexual function in connection to the menopause, if they had received preventive information regarding possible changes associated with the menopause as well as support and help when needed.

The study was carried out through qualitative interviews with five women. The collected data was analyzed through a qualitative content analysis and compared to previous research on the subject. The results were interpreted with the Betty Neuman System Model as a guide.

The results show that every woman has a different experience of the hormonal changes that comes with menopause. Positive and negative changes in sexual functions occur in various degrees. Some women experience themselves as more affected whereas some women do not experience any significant changes in their sexual function. Other menopausal symptoms occur in varying degree in the informants. The majority have not gotten any preventive information from the healthcare profession regarding possible changes that menopause may entail. Most women, however, have been well met in contact with healthcare and they have received help with potential problems. All women have gotten support from friends or partner.

In conclusion every woman has a different experience of their menopause and the changes it entails. Healthcare professionals should bring the subject up for discussion more often and there is need for further studies regarding female sexual function during and after menopause.

Language: Swedish

Key words: Climacterium, menopause, female, sexual function, experience, support

Innehållsförteckning

1	Introduktion	1
2	Bakgrund	2
2.1	Klimakteriet: definitioner och symtom	2
2.2	Sexuella funktioner och dysfunktioner	3
2.3	Klimakteriets påverkan på sexuella funktioner	5
2.3.1	Psykosociala faktorer	6
2.3.2	Biologiska faktorer	6
2.4	Behandling	7
3	Vårdteoretisk referensram	8
3.1	Bakgrund	8
3.2	Beskrivning av Betty Neumans systemmodell	9
4	Syfte och frågeställningar	10
5	Metod och genomförande	10
5.1	Kvalitativ inriktning	10
5.2	Intervju och urval	11
5.3	Analys och tillvägagångssätt	12
6	Etiska överväganden	14
6.1	Självbestämmanderätt	15
6.2	Undvikande av skador	15
6.3	Personlig integritet och dataskydd	15
7	Resultat	16
7.1	Upplevelser	16
7.1.1	Förändring i lust	17
7.1.2	Lubrikation	18
7.1.3	Orgasm	20
7.1.4	Belåtenhet med sexlivet	20
7.1.5	Misnöje med sexlivet	22
7.1.6	Övrig hälsopåverkan	23
7.2	Stöd	25
7.2.1	Information och bemötande från vården	26
7.2.2	Åtgärder	29
7.2.3	Vänner och familj	31
7.3	Kultur	32
7.3.1	Fördomar och stigma	32

7.3.2	Egna förväntningar.....	34
8	Diskussion	36
8.1	Resultatdiskussion	36
8.1.1	Återkoppling och diskussion av resultaten med Betty Neumans systemmodell.....	39
8.2	Metoddiskussion.....	40
9	Slutsats.....	41
10	Referenser.....	43
Bilagor		
Bilaga 1 - informationsbrev		
Bilaga 2 - samtyckesblankett		
Bilaga 3 - intervjuunderlag		

1 Introduktion

Barnmorskor arbetar med kvinnor i alla stadier av livet. Yrket förknippas framför allt med arbete inom förlossning och på BB men omfattar många fler områden av kvinnohälsa. Till barnmorskearbetet inom kvinnohälsa hör bland annat fertilitet, sexuella funktioner, gynekologisk, endokrinologisk och psykisk hälsa.

Unga människor kopplas ofta ihop med livskraft, skönhet och sexualitet. Människor i medelåldern beskrivs som asexuella, kloka och livserfarna. Det förekommer myter i vår kultur om att äldre personer inte skulle vara sexuellt intima, att de är för bräckliga, att de saknar attraktion och att sex endast skulle vara för fortplantning. Allt detta påverkar hur samhället uppfattar äldre och bidrar till att skapa stereotypa bilder av äldre kvinnor. Medellivslängden har dock ökat väsentligt, folk lever längre efter övergångsåldern och sexualiteten fortsätter vara en viktig del för den äldre befolkningen. (Westhiemer & Lopater, 2005) Enligt Finlands officiella statistik (2018) är förväntade medellivslängden för kvinnor i Finland födda 2018 84,3 år. Enligt Bretschneider och McCoy (1988) utövar personer i åldern 80–102 år fortsättningsvis sexuella aktiviteter.

När den fertila perioden är över och kvinnan når klimakteriet är det endast den reproduktiva förmågan som försvinner. Därför är det viktigt att ha omfattande kunskap om gynekologi och sexuella funktioner hos kvinnor utöver reproduktion och förlossning. Klimakteriet och åren efteråt utgör en stor del av livet och postmenopausala kvinnor anser att sex fortsättningsvis är en viktig del av livet. Trots att detta är ett viktigt ämne tar endast hälften av kvinnorna sina problem till tals och endast en liten del av vårdpersonal informerar om klimakteriell vaginal atrofi. (Thornton, Chervenak, Neal-Perry, 2015)

Denna kvalitativa studie kommer att undersöka några kvinnors egna upplevelser kring förändringar i sin sexuella funktion, om de erfarit att ämnet tas upp av vårdpersonal och om kvinnorna upplever att de får den hjälp de behöver.

2 Bakgrund

Det här kapitlet beskriver tidigare forskning om hur både fysiska och psykiska aspekter påverkar kvinnors välmående och sexuella funktioner i samband med klimakteriet. För att förstå hela processen definieras först klimakteriet och dess symtom. Sexuella funktioner och dysfunktioner i fertil ålder tas upp för att se vilka förändringar som är specifika för klimakteriet. För att få en helhetsbild tas biologiska och psykosociala faktorer i beaktande och slutligen rekommendationer gällande behandling.

2.1 Klimakteriet: definitioner och symtom

Då en kvinna är i åldern 45–58 kommer hon in i klimakteriet eller övergångsåldern (Jansson & Landgren, 2010). Klimakteriet är en gradvis förändring som kvinnan genomgår från fertil till infertil (Levay & Baldwin, 2009). Klimakteriet utgör en omställning i en kvinnas liv och medför både fysiska, hormonella och anatomiska förändringar (Westhiemer & Lopater, 2005). Perimenopaus är tiden innan menopausen som kännetecknas av oregelbunden menstruation (Levay & Baldwin, 2009). Menopaus innebär den sista menstruationen. Om menopausen inträffar innan 45-års ålder är den prematur. Symtom på att menopausen är på kommande är förändringar i menstruationscykeln, så som att blödningen kommer mer och mer sällan. När en kvinna som har fyllt 50 år har haft amenorré (avsaknad av menstruation) i ett helt år har hon med 100% sannolikhet haft sin menopaus. Medelåldern för menopaus är 51,1 år i Sverige. Rökande kvinnor får oftast menopaus tidigare. (Jansson & Landgren, 2010) Medelåldern för menopaus är 51 år i Finland, men kan variera allt från 40 års ålder till 60. De flesta kommer i klimakteriet då de är i 45-55 års ålder (Tiitinen, 2021).

Klimakteriet och symtomen påverkas främst av att östrogennivåerna sjunker. De kvinnor som under sina fertila år påverkats mer av hormoner i menscykeln får oftast kraftigare symtom i klimakteriet. Innan amenorrén upplevs vanligtvis symtom som nattsvetteningar, värmevallningar, förändringar i underlivets slemhinnor och oregelbunden mens. (Jansson & Landgren, 2010)

Som följd av den minskade östrogenhalten i blodet kan kvinnor uppleva psykiska förändringar, osteoporos, svettning och värmevallningar samt urogenitala och sexuella

problem. Nattsvettningar kan leda till sekundära problem så som sömnstörningar, som i sin tur ökar risken för nedstämdhet och koncentrationssvårigheter. Andra symtom kan vara irritation, huvudvärk och yrsel. Osteoporos kan orsakas av den minskande östrogenhalten. Östrogen produceras förutom i ovarierna även i fettvävnad. Därför löper kvinnor med högre BMI och därmed större mängd fettvävnad mindre risk för osteoporos efter klimakteriet. Däremot har kvinnor med högre fettprocent ofta mer symtom vad gäller svettning, hjärklappning och vallningar. Dessa symtom varar vanligtvis omkring 5 år och i vissa fall ända upp till 20 år. Även slemhinnorna och PH-värdet i underlivet förändras. De kvinnor som också tidigare i livet har varit mer benägna att påverkas av hormonrubbingar har större sannolikhet att i högre grad påverkas av de hormonförändringar som hör till klimakteriet. (Jansson & Landgren, 2010)

Det är svårt att skilja på vilka symtom som orsakas av hormonella förändringar i ovarierna och vad som beror på stigande ålder eller andra faktorer som påverkar livssituationen i medelåldern (World Health Organization, 1996).

2.2 Sexuella funktioner och dysfunktioner

WHO definierar sexuell hälsa som:

Ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, mentalt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualiteten; det är inte bara avsaknad av sjukdom och skada. Sexuell hälsa kräver en positiv och respektfylld inställning till sexualiteten och sexuella förhållanden, såväl som möjligheten att ha njutbara och säkra sexuella upplevelser, som är fria från tvång, diskriminering och våld. (Socialstyrelsen, 2005)

Sexuella dysfunktioner kan visa sig som många olika symtom så som smärta, bristande lubrikation, svårigheter att bli upphetsad eller få orgasm, bristande sexlust eller fantasi (Lewis et al., 2004). Enligt Witting et al. (2008a, 2008b, 2008c, 2008d) påverkas den sexuella funktionen av många olika variabler och det finns även en genetisk komponent. Inom sjukvården finns diagnosmanualer som fungerar som verktyg för vårdpersonal för att ställa diagnoser enligt specifika kriterier överenskomna av det vetenskapliga samfundet. De manualer som används är International Classification of Diseases (ICD) som ges ut av WHO och Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) som ges ut av American

Psychological Association (APA). Dessa manualer förändras över tid och uppdateras utgående från senaste forskningsrön. De nyaste versioner är ICD-10 (WHO, 1992) och DSM-V (APA, 2013). Enligt ICD-10 och den föregående versionen av DSM, DSM-IV-TR (APA, 2000) delas kvinnliga sexuella funktioner in i fyra kategorier: störning i sexuell lust, upphetsning, orgasm eller smärta medan det enligt den nya DSM-V (APA, 2013) klassificeras i tre kategorier: störning i sexuellt intresse/upphetsning, orgasmisk störning och genitalbäckenvärk/penetrationsstörning. (Witting et al. 2008a, 2008b, 2008c, 2008d)

Witting et al. (2008a) har i sin studie fokuserat på fertila kvinnors sexuella funktioner och dysfunktioner i åldern 33–43 i Finland. Med hjälp av Female Sexual Function Index (FSFI) kunde man se att psykologiska faktorer hade ett samband med alla dimensioner av sexuell dysfunktion i FSFI förutom sexuell lust. Andra faktorer associerade med sexuell dysfunktion var ålder, alkoholkonsumtion, om kvinnan blivit utsatt för sexuella övergrepp som barn eller vuxen, psykisk ohälsa samt hormonella preventivmedel. Alkoholkonsumtion kunde kopplas till alla dimensioner, men alkohol i direkt samband med samlaget hade större inverkan än alkoholkonsumtion överlag. De kvinnor som blivit utsatta för sexuella övergrepp som barn hade oftare problem med smärta, tillfredsställelse samt lubrikation. Preventivmedel i tablettform per os hade ingen påverkan, medan hormonella preventivmedel som sätts in i livmodern hade samband med mindre smärta samt ökad lust, upphetsning och tillfredsställelse. (Witting et al., 2008a)

Andra faktorer relaterade till sexuell dysfunktion är psykisk stress, relation med partner samt om partnern har sexuell dysfunktion (Witting et al., 2008d). Vilken typ av funktion som påverkas kan bero på olika variabler, vilket visar på en komplexitet i sexuell funktion. Enligt andra studier (Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 2002; Laumann, Paik, & Rosen, 1999; Lewis et al., 2004) har ungefär 40% av alla kvinnor minst en sexuell dysfunktion. Samsjuklighet är vanlig, vilket betyder att en kvinna har fler än en sexuell dysfunktion samtidigt (American Psychiatric Association, 2000; Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 2002; Meston, 2003; Witting et al., 2008a; 2008b). Enligt Witting et al. (2008d) upplevde dock inte alla kvinnor det som stressande att ha problem med sexuell funktion.

2.3 Klimakteriets påverkan på sexuella funktioner

Det finns många olika orsaker till förändringar i sexualitet och sexuell funktion i samband med klimakteriet. Dessutom kan sexualiteten och sexuell hälsa påverkas av ålder eller relationer och inte direkt av hormonförändringar. Med ålder ökar risken för cancer som bröstcancer samt cancer i underlivet. Andra sjukdomar, problem som urininkontinens och mediciner påverkar också den sexuella lusten och förmågan. Följder som direkt kan kopplas till klimakteriet är de som främst förorsakas av förändringar i hormonbalansen. Förutom de symtomen som nämns ovan kan också minskade östrogennivåer förorsaka torra och sköra slemhinnor i underlivet. Detta är fallet hos hälften av kvinnorna i klimakteriet. Vid samlag kan denna förändring förorsaka smärta eller blödning, eftersom huden är skörare och lubrikationen mindre. Dessa problem kan behandlas med östrogen. Utan behandling kan problemen bli bestående. Sexuella dysfunktioner kan också förvärras av olika mediciner eller andra sjukdomar, varför det är viktigt med en tillräcklig utredning av orsak. Brist på sexuell lust eller orgasmstörningar kan exempelvis förorsakas av SSRI-läkemedel eller av testosteronbrist. Testosteronbrist kan uppkomma vid ovariektomi. (Jansson & Landgren, 2010)

I Finland finns det lite forskning på kvinnors sexualitet i klimakteriet. Runt om i världen desto fler (Feltrin & Velho, 2014; Thornton et al., 2015). Enligt Ojanlatva et al. (2004) var finländska kvinnor i klimakteriet mer sexuellt aktiva men hade mindre sexuell lust om de var i ett förhållande. Den främsta orsaken till bristande sexuell lust ansågs vara hormonella problem (Ojanlatva et al., 2004).

Med tanke på medellivslängden för kvinnor samt medelåldern för klimakteriet kommer kvinnan att leva minst 30 år efter menopaus och man bör lägga fokus på livskvaliteten även i den perioden. Åldersrelaterad minskning i sexuell funktion kan påverka livskvaliteten mycket negativt. Det är därför viktigt att identifiera sexuella dysfunktioner och dess ursprung så att man effektivt kan behandla dem. I klimakteriet beror dessa liksom i fertil ålder vanligtvis på psykologiska och sociala faktorer och medicinbiverkningar, men förutom dessa även vaginal atrofi, kroniska sjukdomar samt brist på lust (hypoactive sexual desire disorder, HSDD). I många fall finns flera bidragande faktorer. Man har konstaterat en distinkt minskning med över 50% i sexuell aktivitet och funktion från början av klimakteriet

till 8 år senare, vilket indikerar att behovet av att identifiera och behandla dysfunktioner är stort. Gemensamt för de flesta kvinnor oberoende störningar i sexuell funktion är att de anser sex som en viktig, eller mycket viktig, del av deras liv. (Thornton et al., 2015)

2.3.1 Psykosociala faktorer

Klimakteriet indikerar en ny fas i livet där kvinnan inte längre är fertil. För vissa kan det ha en positiv och för andra en negativ påverkan på sexlust, på synen hur man uppfattar sig själv och på självförtroende. Kulturen man lever i påverkar den bild som förmedlas i vården. Denna bild kan påverka kvinnornas bild av sig själva. Den bild som läkare och annan vårdpersonal ger till kvinnor reflekteras i deras sätt att se på saken (Feltrin & Velho, 2014). För de kvinnor som blivit upplärda att deras roll handlar om att reproducera kan en förändring som klimakteriet få dem att grubbla över sin identitet och värderingar, både inom och utanför familjen (Westhiemer & Lopater, 2005).

Det finns samband mellan högre sexuell aktivitet och yngre ålder, lägre BMI, bättre psykisk hälsa samt stadigt förhållande hos menopausala kvinnor. Detta skulle indikera en risk för att överviktiga kvinnor i denna ålder är mer utsatta för att uppleva lägre livskvalitet. Kvinnor med lägre lön upplever mer stress, mindre fysisk och emotionell tillfredställelse och därmed mindre sexuell aktivitet än kvinnor med stadig ekonomi. Utbildningsnivå och ekonomisk status kan alltså påverka sexuella funktioner. Kvinnor som påverkas negativt av sin socioekonomiska status kunde hjälpas med socialt stödnätverk. (Thornton et al., 2015)

2.3.2 Biologiska faktorer

Könshormonnivåerna förändras under klimakteriet. Vid menopaus är östrogennivåerna låga medan nivåerna av follikelstimulerande hormon (FSH) och luteiniserande hormon (LH) är förhöjda. De förändrade hormonnivåerna förblir på sin nya nivå. Enligt Thornton et al. (2015) påverkar låga halter av östrogen bristande lust och sexuell funktion men inte sexuell aktivitet. Det resultatet är liknande som i undersökningen av Ojanlatva et al. (2004) där man såg att kvinnor i förhållande är sexuellt aktiva trots att de saknar sexuell lust. Forskningen är oense om ifall androgener påverkar sexuell lust hos kvinnor. Wåhlin-Jacobsen et al. (2015) och Turna et al. (2005) hittade ett signifikant samband mellan nivå av androgener och kvinnors sexuella lust. I den senare nämnda studien korrelerade lägre

testosteronhalt med lägre sexuell lust hos både kvinnor i klimakteriet och kvinnor i fertil ålder. Enligt Thornton et al. (2015) däremot sågs ingen förändring i totala testosteronnivåerna i samband med menopaus. Mellan nivån av fritt testosteron och sexuella funktioner hittades inget samband (Thornton et al., 2015).

Östrogen, som till stor del påverkar sekretutsöndringen och slemhinnorna i underlivet, minskar. Lubrikationen vid sexuell stimulans är också lägre, vilket leder till att kvinnor upplever smärta vid samlag och därmed drar sig undan sexuell aktivitet. Till och med 45% av kvinnor i klimakteriet lider av vaginal atrofi. Av dem fick 63% minskad sexuell lust och 47% ansåg att deras vaginala atrofi påverkade deras relation med partnern. Av de kvinnor som lever ensamma var det 12% som inte heller sökte sexuella partners på grund av samma problematik. Trots dessa höga siffror, angående sexuell dysfunktion på grund av hormonnivåer, har endast knappt hälften av kvinnorna diskuterat sina problem med vårdpersonal. Endast 7% av vårdpersonalen diskuterade vaginal atrofi till följd av klimakteriet med kvinnorna. Detta indikerar att det finns ett behov av att vårdpersonalen frågar och informerar kvinnliga klienter som närmar sig klimakteriet om deras sexliv samt symtom på vaginal atrofi. (Thornton et al., 2015)

2.4 Behandling

För att öka allmänhälsan och livskvaliteten är det viktigt att ha en hållbar och hälsosam livsstil vad gäller näring och motion. Kontroll av eventuella mediciner och deras påverkan på sexuella funktioner är också nödvändig för optimal livskvalitet. (Thornton et al., 2015)

Hormonersättande terapi (hormone replacement therapy, HRT) i form av injektioner, tabletter, plåster eller krämer är läkemedelsbehandling som går ut på att ersätta kroppen med de hormoner som äggstockarna har slutat producera vid klimakteriet och behovet och riskerna ska bedömas individuellt. Till de positiva effekterna av HRT hör minskade klimakteriella symtom så som värmevallningar, nattsvettningar, urininkontinens, vaginal atrofi samt minskad risk för osteoporos. Riskerna som HRT medför är orsaken till varför man måste göra en individuell bedömning och kvinnan ska göra ett informerat beslut om användning av HRT. Östrogentillskott medför ökad risk för bröstcancer och cancer i de reproduktiva organen och är kontraindikativt för alla kvinnor som haft dessa cancertyper

samt för kvinnor som röker eller konsumerar minst 3 portioner alkohol om dagen. Östrogen kombinerat med progestin utgör mindre cancerrisk än östrogen ensamt. (Westhiemer & Lopater, 2005)

Enligt Socialstyrelsen (2020) kan sunda levnadsvanor som regelbunden motion samt näringsrik och mångsidig kost minska klimakteriesymtom, medan ohälsosamma vanor som alkohol och rökning kan göra symtomen värre. Medelåldern för menopaus bland rökare är lägre än för icke-rökare.

3 Vårdteoretisk referensram

I detta kapitel beskrivs den vårdteoretiska referensramen som kommer att användas i denna studie. Vårdteorin som har valts är Betty Neuman's System Model. Modellen består av tre olika grader av åtgärder, primära, sekundära och tertiära, och i föreliggande arbete ligger fokus på den primära delen.

3.1 Bakgrund

Betty Neuman, född 1924 i USA, är skaparen av vårdteorin "Betty Neuman's Systems Model". Med sin bakgrund som bland annat sjukskötare samt doktorsexamen i psykologi blev hon en föregångare gällande sjukskötarens delaktighet i patienters psykiska välmående. För att kunna lära ut till sjukvårdsstuderande hur de ska integrera mentalvård i medicinsk vård utvecklade hon en egen modell som publicerades 1982. (Alligood, 2014)

Modellen fokuserar på människans välbefinnande och hälsa. Det centrala i teorin är att i tre olika steg förebygga människans negativa respons på stressfaktorer. Betty Neuman har inspirerats av sin egen kliniska kompetens och egen filosofi (Alligood, 2014), samt andra teorier som General system theory av Bertalanffy (1968). General system theory handlar om att alla organismer är och har ett öppet system med fritt flöde, sinsemellan och med omgivningen. Gestalt theory av Perls (1973) är också en teori som inspirerat Neuman. Den betonar organismens förmåga att behålla en balans oberoende situation och trots alla behov som ska tillfredsställas. Endokrinologen Seyles (1974) teori om biologisk stress beskriver stress som en ospecifik påfrestning på individen som kräver någon form av

anpassning. Caplan's conceptual model (1964) motiverar olika grader av förebyggande åtgärder; primärt, sekundärt och tertiärt förebyggande av stress. Primärt förebyggande insatser förbereder och stärker individen innan påfrestningen av stressorer. Sekundärt förebyggande är behandling snabbt efter påfrestningen. Tertiärt förebyggande innebär den sista terapin som individen behöver för att hitta sin balans igen. (Alligood, 2014)

3.2 Beskrivning av Betty Neumans systemmodell

Denna modell är komplex i bemärkelsen att många olika fenomen tas i beaktande. Det centrala är organismen, individen, som har en fluktuerande försvarslinje. Beroende på vilka stressorer en individ upplever kommer hen att påverkas och reagera på olika sätt. Genom att förebygga primärt, sekundärt och tertiärt försöker man först stärka och sedan efter stressreaktioner återuppbygga organismens försvar. (Parker, 2005, s. 283–288) Eftersom det här arbetet har hälsofrämjande fokus och modellen är komplex används endast den primärt förebyggande delen ur Betty Neumans systemmodell som referensram i detta arbete.

Många olika begrepp ingår i denna systemmodell och de går delvis in i varandra. Till de mest centrala begreppen hör stressorer, flexibel och naturlig försvarslinje, helhetsaspekt, öppet system och homeostas. Stressorer är allt som av någon anledning förorsakar stress för en individ eller en större grupp genom att rubba den önskvärda balansen, oberoende om reaktionen blir positiv eller negativ. Försvarslinjen ses som ett flexibelt membran runt individen. Ju större omkrets, desto bättre, eftersom det betyder att stressorer har mindre påverkan och att färre stressorer kan påverka. Detta är en modell som inkluderar en helhetsbild där man ska ta alla aspekter i beaktande. Dessa inkluderar mentala, sociala, fysiska, spirituella aspekter samt miljöaspekter. Helheten måste fungera för att individen ska må bra. Modellen baserar sig på ett öppet system, som betyder att energier, stressorer, påverkan av och på omgivningen kan flöda fritt in och ut. Ingen aspekt är isolerad, allt och alla påverkar varandra. Målet är att finna en balans, eller om man vill tänka det som homeostas/harmoni, oberoende påverkan av stressorer. För optimalt mående ska man med hjälp av att identifiera tidigare nämnda aspekter kunna nå en stabil tillvaro som inte påverkas av stressorer. (Neuman, 1995, s. 44–47) Obalans kan långsiktigt leda till sjukdom (Alligood, 2014, s. 281–292).

Denna studie fokuserar på kvinnors sexualitet i klimakteriet ur ett hälsofrämjande, förebyggande perspektiv och därmed beaktas främst delen primärt förebyggande av Betty Neumans systemmodell. Eftersom menopaus innebär hormonella förändringar som kan påverka det fysiska och psykiska måendet såväl som sexlivet kunde de påfrestningar som förändringarna ger upphov till eventuellt förebyggas genom information och kunskap på förhand.

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta arbete är att undersöka om kvinnor upplever någon förändring i sin sexuella funktion i samband med klimakteriet och hur den ter sig, om de har fått förebyggande information om möjliga förändringar tillhörande klimakteriet samt stöd och hjälp vid behov.

Frågeställningar som svarar på syftet är ”upplever kvinnor förändring i sin sexuella funktion i samband med klimakteriet och hur ter den sig?” samt ”har kvinnorna fått tillräcklig och adekvat information, hjälp, stöd och behandling enligt egen uppfattning?”.

Dessa frågor är viktiga att lyfta för att öka kunskap om kvinnors sexualitet efter klimakteriet och för att minska stigmatisering i samband med klimakteriet. För många kvinnor handlar det om halva livstiden och den tiden är minst lika viktig som livet fram tills klimakteriet, även i fråga om sexualitet.

5 Metod och genomförande

I detta kapitel beskrivs metodiken som använts för att utföra och analysera denna studie. Först beskrivs den kvalitativa inriktningen, sedan intervju och urval och till sist analysmetoden.

5.1 Kvalitativ inriktning

Metoden för studien ska utgå från syftet. Om syftet är att undersöka upplevelsen i en viss situation eller fenomen hos en specifik grupp kan en kvalitativ inriktning vara till fördel. Intervju är ett sätt som används för att undersöka fenomen eller situationer (Henricson,

2012, s. 164–173). Subjektiva upplevelser är svåra att mäta numeriskt och därför är inte kvantitativa metoder lika lämpliga. Forskaren är delaktig, anpassningsbar och öppen i kvalitativ forskning och kommunicerar med informanterna vilket också leder till att forskningen inte kan ses som oberoende forskaren (Henricson, 2012, s. 130–134). Metoden är vald med motiveringen att detta arbete syftar till att undersöka kvinnors egna upplevelser av sexuella funktioner i klimakteriet i förhållande till bemötande i vården, den information de erhåller eller avsaknad av information samt vilka förändringar de upplever. En kvantitativ metod skulle inte passa lika bra eftersom den inte skulle ge lika informativ bild av upplevelser som en berättelse gör.

5.2 Intervju och urval

Syftet motiverar ifall urvalet ska vara en homogen grupp eller om man vill undersöka en heterogen grupp. Vid kvalitativ intervjustudie är en liten homogen grupp lämplig och väljs icke-slumpmässigt. Informanterna ska ha upplevt fenomenet som undersöks. En intervju med öppna frågor eller frågeområden kallas även semistrukturerad intervju. Denna form av intervju ger plats för forskaren att ta frågorna i olika ordning samt ger informanten plats för berättelsen. Frågorna i semistrukturerad intervju ska beröra ämnesområdet och forskaren ska akta sig från att ställa ledande frågor som kan förstöra forskningens kvalitet. (Henricson, 2012, s. 130–134, s. 164–173)

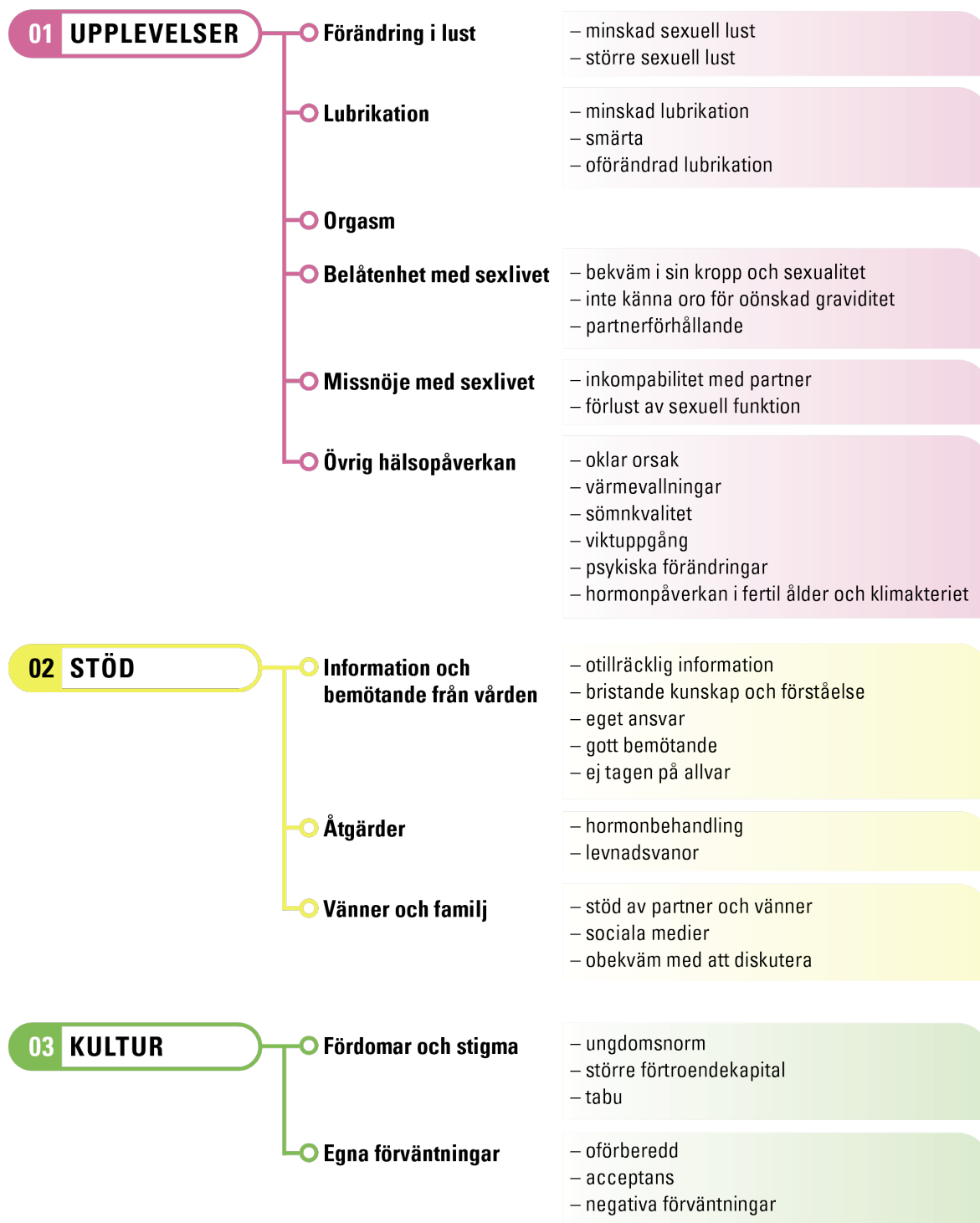
Metoden för denna undersökning är kvalitativ semistrukturerad intervju med fem kvinnor som har haft menopaus. Urvalet motiveras med att kvinnor som har haft sin menopaus kan svara på syftet till undersökningen och jämföra förändringar från innan klimakteriet till efter menopausen, medan en kvinna i klimakteriet som är i perimenopaus inte ännu har en fullständig bild av hela processen. Urval av respondenter avgränsades därtill genom att riktas till individer som definierar sig som kvinnor och därför beskrivs även subjekten i texten med ord som "kvinna". Eftersom studien handlar om upplevelser kan det vara stor skillnad på upplevelser av klimakteriet hos de som identifierar sig som kvinnor jämfört med icke-binära personer.

Planen var från början att ha sex stycken informanter men den sjätte valde sist och slutligen att inte medverka. Med tanke på den omfattande materialinsamlingen som redan fanns

ansågs det tillräckligt med de fem andra informanterna som informationskällor. Intervjusubjekten var svenskspråkiga från mer eller mindre svenskspråkiga orter runtom i Finland och en informant var från Sverige. Kontakt med samtliga informanter skedde genom grupper på Facebook som på något sätt handlar om frågor som klimakteriet eller feminism. På grund av de små grupperna och risken för identifiering av informanter specificeras inte grupperna med namn. Kontakt med kvinnor som kunde tänka sig att ställa upp på intervjuer söktes genom inlägg i ovannämnda grupper. Intervjuerna skedde online via Teams. Intervjuerna tog cirka 1 timme per informant och utfördes under vårvintern 2021. Förutom de strukturerade frågor som fanns som intervjugrund ställdes vissa följdfrågor. Deltagarna ombads jämföra sin belåtenhet med sexlivet före och efter klimakteriet på en skattningsskala 1–10 enligt egen upplevelse. Studien och frågorna fokuserar på kvinnors subjektiva upplevelser snarare än beskrivning av objektiv sanning.

5.3 Analys och tillvägagångssätt

Metoden för innehållsanalys kan utföras på hundratals sätt, både kvalitativa och kvantitativa. Analysmetoden som används i detta arbete är en kvalitativ innehållsanalys, som innebär att insamlad data, i detta fall intervjuerna, läses igenom noggrant flera gånger och delas in i kategorier och underkategorier. Innehållsanalysen som används för detta arbete är induktiv analysmetod med manifest innehåll bestående av citat samt ett latent innehåll som påverkas av författarens tolkning. (Henricson, 2012, s. 329–342)



Figur 1: Analystabell med teman, kategorier och subkategorier.

Intervjuerna transkriberades och citat färgmarkerades enligt kategorier. Citaten skrevs in i en analystabell för att ge en överskådlig bild av materialinsamlingen. Kategorierna valdes dels utgående från de strukturerade frågorna som grundade sig i syftet och dels utgående från vad som uppkommit i intervjuerna och därefter formades några subkategorier. Alla kategorier behövde inte subkategorier. Bifogat finns analystabellen och samma

analystabell med citaten inklistrade. Utgående från citaten och vad deltagarna hade berättat i intervjuerna skrevs resultatkapitlet som en sammanställning. I diskussionskapitlet jämfördes resultaten från datainsamlingen och innehållet analyserades med hjälp av den valda vårdteorin.

6 Etiska överväganden

Etiska principer beaktas för att skydda deltagarnas rättigheter, integritet, säkerhet samt undvika skada och utnyttjande. De etiska principerna finns med under arbetsprocessens alla delar, från att man väljer ämne till hur man utför sin undersökning och hur den distribueras. En etisk forskning ska genomföras enligt etiska principer, uppnå god vetenskaplig kvalitet samt lyfta väsentliga frågor som bidrar till hälsofrämjande och ökar kunskap inom ämnet. Undersökningen ska bidra till vinst på individuell, professionell och samhällelig nivå. (Henricson, 2012, s. 71–77) Syftet med denna undersökning är att utforska kvinnors upplevelser av förändrade sexuella funktioner samt om de upplever att de får adekvat information och hjälp. Det är väsentliga frågor som kan hjälpa vården att hjälpa kvinnor uppnå högre livskvalitet, samt öka förståelse hos vårdpersonal som möter medelålders kvinnor.

Vetenskaplig hederlighet handlar om forskningsetik och omfattar många aspekter av det vetenskapliga arbetet. Hederlighet i forskningsprocessen innebär att forskaren har redovisat noggrant för metoden så att läsare har möjlighet att avgöra kvaliteten på forskningen samt dess resultat. Även bakgrunden ska vara tydlig med källhänvisningar och citeringar till de källor som har använts. Skribenten ska presentera sina egna resultat öppet och ärligt samt att inte presentera andras arbete och resultat som sina egna. (Vetenskapsrådet, 2017)

Etiska principer för humanvetenskaplig forskning innebär enligt forskningsetiska delegationen (2002) god vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den. Dessa principer delas in i följande tre kategorier: forskningspersonernas självbestämmanderätt, undvikande av skador samt personlig integritet och dataskydd.

6.1 Självbestämmanderätt

Vid varje forskning måste etiska överväganden göras. Deltagarnas identitet och privata information ska hållas skyddat. Att deltagarnas självbestämmanderätt bevaras försäkras genom deras frivilliga och informerade samtycke. Med informerat samtycke menas att deltagarna ska förstå vad projektet handlar om, att de får tillräckligt med information om undersökningens syfte, frågeställningar, metoder, potentiella risker och vad deras deltagande innebär. Deltagandet är helt frivilligt och deltagarna har rätt att när som helst ändra sig eller avsluta sitt deltagande. Samtycket ges skriftligt. (WMA, 2018; Forskningsetiska delegationen, 2009). Ytterligare information som ska ges till informanterna är forskarens kontaktuppgifter, beräknad tid för intervjun samt hur intervjumaterialet kommer att användas och sparas. Forskaren ger mer information på forskningspersonens begäran. (Forskningsetiska delegationen, 2009)

Ett skriftligt informationsblad ges ut innan intervjun och informationen går igenom på nytt vid intervjutillfället och informanterna ger skriftligt samtycke innan intervjun.

6.2 Undvikande av skador

För att undvika skador ska deltagarna få information om vad forskningen ska handla om och vilka frågeområden som ska tas upp, så att de kan avgöra ifall det är för personligt och privat eller om de kan ställa upp. Under intervjun kan de undvika att svara på vissa frågor. De känslor som forskningen väcker får endast ge psykisk belastning på samma nivå som annat i vardagen. Om forskaren upptäcker tecken hos forskningspersonen som tyder på att hon påverkas negativt ska intervjun avbrytas. (Forskningsetiska delegationen, 2009)

6.3 Personlig integritet och dataskydd

Integritetsskyddet är en rättighet som säkras främst genom utförligt dataskydd. De tre byggstenarna i dataskydd är att hålla forskningsmaterialet konfidentiellt, att avgöra om det insamlade materialet ska förstöras eller hur det ska sparas samt integritetsskyddet i de offentliga publikationerna. I det sistnämnda behöver man avgöra vilka detaljer, som ålder och liknande uppgifter, som ska tas med, ändras eller lämnas bort så att inte någon kan gissa identiteten på deltagarna. Så fort det inte längre finns behov av att ha identifierande

uppgifter om forskningsobjekten ska dessa uppgifter raderas eller förstöras. Forskningsmaterialet måste sparas för att en kritisk bedömning ska kunna göras angående forskningens vetenskapliga kvalitet och öppenhet krävs. Dock ska anonymiteten hos forskningsobjekten bevaras och alla personliga uppgifter ändras i de dokument som sparas. (Forskningsetiska delegationen, 2009)

Intervjuerna sker enskilt och ingen annan än författaren känner till informanternas identitet. Då examensarbetet är färdigt blir det offentligt och kvinnorna kan få en kopia på det färdiga arbetet ifall de önskar se resultaten av undersökningen som de bidragit till.

7 Resultat

I detta kapitel presenteras resultaten från intervjuerna med de fem informanter som har deltagit. Analysen har gjorts utgående från arbetets frågeställningar och slutledningarna motiveras med citat från informanterna. Genom induktiv innehållsanalys hittades tre teman: upplevelser, stöd och kultur, med underliggande kategorier och subkategorier. Indelningen kan ses i figur 1 i kapitel 5.3. Kategoriernas titlar är i fet stil medan subkategoriernas titlar är i kursiv stil.

7.1 Upplevelser

I temat upplevelser framkommer sex **kategorier (svärtade)** och i dessa även ett antal subkategorier (kursiva och understreckade) enligt följande: **Förändring i lust, lubrikation, orgasm, belåtenhet med sexlivet, missnöje med sexlivet, övrig hälsopåverkan**. Temat handlar om de upplevelser som kvinnor hade erfarit angående eventuella förändringar i sin sexuella funktion och allmänna hälsa i samband med menopausen. Förändringar upplevdes både till det positiva och mer negativa inom de olika kategorierna. I vissa fall upplevdes inga större förändringar. Genomgående i alla kategorier var att förändringarnas härkomst kunde vara svåra att avgöra.



Figur 2: Illustration av tema 1, upplevelser, med dess kategorier och subkategorier.

7.1.1 Förändring i lust

Kategorin **förändring i lust** delas in i subkategorierna minskad lust och större lust enligt de synpunkter som lyftes av informanter i intervjuerna.

Minskad sexuell lust upplevdes av några informanter i samband med klimakteriet. Den minskade lusten kunde upplevas som ett stort problem men även som en förändring som inte orsakade missnöje. En informant hade i fertil ålder upplevt störst sexuell lust i samband med ägglossning och när den uteblev i samband med menopausen noterades en markant minskad lust.

”Jag tyckte nog att min sexlust var helt normal som på det sättet. Sen blev det ju ett problem efter klimakteriet [...] jag hade ingen sexuell lust över huvud taget.”

”Kanske att jag inte har lika, min sexuella lust finns nog där, men kanske att den inte är lika sådär på, tycker jag.”

”Det enda jag har märkt med min sexuallust har ju minskat jättemycket [...] jag har inte liksom samma behov som jag har haft tidigare, och jag är rätt nöjd med det så det är ju liksom inget problem så, men det är ju en förändring.”

”När ägglossningen började hoppa lite sådär när jag började närma mig klimakteriet och i förklimakteriet så kände jag ganska tydligt att det påverkade min lust. För att jag har alltid haft större lust vid ägglossning.”

Andra beskrev större sexuell lust efter klimakteriet. Det fanns en större lust att utforska sin kropp, experimentera och lära sig mer om sex. Orsaken till den ökade lusten behövde inte uteslutande vara en direkt följd av klimakteriet utan kunde sammanfalla under samma tidsperiod av andra orsaker.

” Större lust efter klimakteriet att jag vill utforska min kropp på ett sätt som, men det har inte så mycket med mig att göra, utan det är ju tidens anda. För när jag var yngre så pratade man inte så mycket om g-punkten och sprutorgasmer och så, och jag känner att det är en massa saker som jag inte har upplevt fullt ut som jag vill experimentera kring.”

”Och sen när jag skiljde mig och livet kom på nya banor, så hittade jag lusten också på ett annat vis. Och igen så tror jag inte det hänger så mycket ihop med klimakteriet. Eller det vet jag inte men jag skulle tro att det har mera att göra med saker och ting rent allmänt.”

7.1.2 Lubrikation

Kategorin **lubrikation** handlar om subkategorierna oförändrad lubrikation och minskad lubrikation. Till följd av den minskade lubrikationen framkom en egen subkategori som var smärta. Kategorin lubrikation var det ämne som berörde sexuell funktion som upplevdes lättast att prata om för informanterna och alla valde att berätta om sin upplevelse av lubrikationen.

Två informanter upplevde minskad lubrikation och ökat behov av glidmedel på ett sätt som inte hade funnits i fertil ålder. Det framkom förändrad upplevelse av beröring och som följd ett behov av förändrat sexuell beteende. Torra slemhinnor upplevdes problematiskt i vardagen och en informant tyckte att samlag inte var någon möjlighet. Även med hormonbehandling som hade lett till mjukare slemhinnor var bristande lubrikation fortsättningsvis problematiskt.

”Och jag använder glidmedel nu jättemycket också. Och jag behövde aldrig göra det tidigare [...] Alltså jag använder fortfarande glidmedel och också vaginal östrogensalva.”

”Man sväller ju inte lika mycket när man blir upphetsad när man blir äldre, så jag kan nästan uppleva att jag har blivit känsligare. Och också att det krävs glidmedel...Jag klarar liksom inte direkt beröring, utan jag tycker det är skönare med indirekt beröring. Inte bara gnugga på, det är bara obehagligt. Så det har förändrats om man ska gå in på detalj i sexlivet så.”

”Så fick jag den där vaginala östrogenen, vilket gjorde det lättare att promenera utan att det skavde, så det problemet var ju över då. Men att ha sex var inte ens att tänka på, det fanns inga glidmedel i världen som kunde liksom göra att... Ja det var nästan så att det inte var fysiskt möjligt. [...] jag har ju inga flytningar som jag hade tidigare och slidan är ju annorlunda än vad den var tidigare. Men det är ändå as good as it gets.”

Smärta till följd av minskad lubrikation upplevdes i samband med vardagliga promenader och i samband med samlag. Ovetskapen om möjlig omfattning och känsla av vaginal atrofi ledde till osäkerhet och stress.

”Och sen kom det sådana här problem att min slida blev så torr att den började skava, och jag fattade inte vad det var. Jag tänkte att jag hade fått cancer igen för det gjorde så ont.”

” Då måste jag avbryta och säga att nu måste jag smörja lite mer och att han kanske tycker att det är lite avtändande med avbrott. Det blir ju lite samma som om man har kondomsex att det blir det här avbrottet. Och där kan man få lite samma känsla har jag upplevt när jag var yngre, sånt brännande vid längre friktion, och det är väl lite samma som kan uppstå nu fast utan kondom och alltså det är ju inte skönt. ”

” [...] sveda och sådär just vid långvarig friktion om man hade sex länge och sådär. Så då fick jag nästan, jamen ha 2–3 dagars läkningsperiod efteråt, haha, och smörja mig och verkligen sådär för jag kände mig öm och lite sårig och så efteråt [...] jag kan ju inte längre ha bara sex spontant längre och så, utan jag måste liksom smörja in mig och sådär innan.”

Nervositet upplevdes angående förändringar i lubrikation. Trots detta beskrev majoriteten en oförändrad lubrikation och att de inte upplevde någon skillnad i slidans slemhinna.

”Ja jag har ju inte alls haft något att jag har fått torra slemhinnor. ”

”Jag inte haft såna här torra slemhinnor som jag hör att folk skriver om.”

”Men det har jag tack och lov inte märkt något av. Inte ännu i alla fall. För det var jag väldigt nervös för.”

7.1.3 Orgasm

Kategorin **orgasm** saknar subkategorier eftersom det inte framkom tillräckligt med olika information. De flesta informanterna nämnde inget om orgasm trots att det uttryckligen efterfrågades. Orgasmfunktionen upplevdes som oförändrad men tillvägagångssättet och behoven för att uppnå orgasm hade förändrats för en informant. Det framkom behov av långsammare sex för att få orgasm och att få bygga upp sin lust under längre tid, helst under flera timmar. Detta till skillnad från tidigare då upphetsningen kom snabbare. En informant upplevde att det inte var så stor skillnad i orgasm trots att hon åt SSRI-medicin och antihistamin som även dessa kunde påverka slemhinnor och orgasmfunktion negativt.

”När jag var yngre kunde man ju ha en snabbis, jag blev liksom snabbare upphetsad. Jag kan inte säga att jag har svårare att få orgasm men det krävs ju liksom, jag njuter mer av långsamt sex och att jag får bygga upp min lust under en längre tid. Jag känner att jag skulle vilja ha sex i flera timmar och det är ju svårt att få den tiden.”

”Nå sådär att få orgasm är inte så stor skillnad, trots att jag äter mycket mediciner som sänker den där sexlusten. Ja antidepressiva sänker ju sexlusten, bristen på östrogen, sen finns det ju att den här antihistaminen förorsakar torrhet i alla slemhinnor så kombinationen gör ju att det liksom 'builds up' massa problem.”

7.1.4 Belåtenhet med sexlivet

Belåtenhet med sexlivet är en kategori som beskriver de fall då informanterna hade upplevt sig belåtna med sexlivet. Subkategorierna är indelade enligt följande faktorer som ansågs påverka belåtenheten: partnerförhållande, bekväm med sin kropp och i sin sexualitet samt inte känna oro för oönskad graviditet. Det var ibland svårt att veta om förändringen var relaterad till klimakteriet och belåtenhet med sexlivet påverkades även av andra faktorer än klimakteriet. Informanterna fick skatta sin belåtenheten på en skala från 1–10. Missnöje med sexlivet tas upp som en egen kategori.

Belåtenheten med sexlivet upplevdes inte nödvändigtvis vara en direkt följd av klimakteriet utan påverkades delvis av partnerförhållande och kompatibilitet med partnern. Ett mer

tillfredsställande förhållande ledde till större belåtenhet sexuellt. Belåtenhet kunde också finnas i att inte vara sexuellt aktiv och att vara singel.

"Och här vet jag nu inte om det är klimakteriet eller om jag nu har ett mer tillfredsställande förhållande och på så vis är nöjdare. Men till det positivare. De förändringar som har skett har skett till det mer positiva."

"Jag är inte sexuellt aktiv just nu [...]. Men det är ju svårt att säga med sexlusten eftersom jag är ensam, det kan ju hända att det skulle var annorlunda om man hade en partner. Men att inte längtar jag efter en partner heller så, jag är ganska nöjd som det är ju nu i alla fall."

"Jag tror inte det var det att jag var inte i klimakteriet jämfört med att jag var i klimakteriet utan det är för att den situation och de partners jag har nu som... Det är de som påverkar att det nu får ett bättre vitsord. Inte så mycket själva det fysiska klimakteriet. Tror jag. Men sen kan man ju inte veta vad det är. Det kan ju hända att man är mer lugn och tillfreds och tänker att sak samma. Jag vet inte, men jag är avsevärt mycket nöjdare nu."

En positiv förändring i belåtenhet med sexlivet hade upplevts i samband med klimakteriet. Denna förändring hade samband med att känna sig mer bekväm med sin kropp och i sin sexualitet. Den erfarenhet och kunskap som med åren utvecklats om sig själv och sin kropp upplevdes förbättra den fysiska funktionen.

"Klart att när jag var yngre var jag inte lika bekväm liksom med min fysiska kropp, varken fysiska eller psykiska. Men egentligen rent allmänt så är den här fysiska funktionen bättre nu när jag är så bekväm med min kropp och hur allting funkar."

"Jag tror att jag själv har blivit mer bekväm i min sexualitet de senaste åren."

Att inte känna oro för oönskad graviditet var en positiv förändring som menopausen medförde. Det kunde kännas skönt och inte begränsande samtidigt som det kunde kännas vemodigt. På liknande vis kunde infertilitet innan klimakteriet upplevas inte begränsa sexlivet.

"Nu skulle jag ju tycka att det är en 10 [...] man behöver inte vara rädd för att bli gravid... Ändå lite jobbigt att konstatera att jag inte kan få flera barn... Men ja det är lite så där klivet."

”Men jag har inte, i och med att vi hade problem med att bli med barn, så har jag inte gått omkring och någonsin varit rädd att ofrivilligt bli med barn. Så det har inte begränsat sexlivet inte.”

7.1.5 Missnöje med sexlivet

Kategorin **missnöje med sexlivet** delas in i subkategorier enligt de orsaker som ansågs vara bakomliggande. Dessa orsaker var inkompabilitet med partner och förlust av sexuell funktion. Det fanns en viss svårighet att skilja dessa åt.

Partnerförhållande påverkade belåtenheten med sexlivet i klimakteriet liksom det även kan göra i fertil ålder. Inkompatibilitet med partner ledde i några fall till lägre belåtenhet med sexlivet. Det kunde vara problematiskt om bägge parter inte upplevde samma utforskarlust. Lång tid i samma förhållande ansågs vara en bidragande faktor till missnöje med sexlivet.

” Det är svårt att veta vad som beror på klimakteriet och vad som beror på att vi har varit tillsammans så länge.”

”Vi har varit på tantrakurser och olika workshops och sådär. Men jag känner att det är svårt att uppleva det här med någon som jag har varit tillsammans med i 20 år. Han har inte den nyfikenheten på min kropp längre och det intresset.”

”Innan klimakteriet kanske en 8–9... nu efter klimakteriet kanske 5. [...] osynkade för tillfället [...] hade nog känt mig bekvämare med om jag hade känt mig åtrådd av min man.”

Förlust av sexuell funktion till följd av de hormonella förändringar som klimakteriet medförde kunde upplevas som en enorm påfrestning. Att sexuell hälsa är mycket viktig för en människa underströks. En informant berättade om självmordstankar.

” Alltså det var en sådan förlust, den sexuella biten, att jag tänkte att om jag ska leva så här resten av mitt liv så tar jag livet av mig. [...] Jag var 41–42 år gammal och hela min sexuella identitet var helt borta.”

”10 förr. Nu kanske 6–7. Och det har inte med partnern att göra över huvud taget utan det har med biverkningarna efter klimakteriet att göra. Det är ju en enorm skillnad.”

7.1.6 Övrig hälsopåverkan

I samband med klimakteriet hade kvinnorna även upplevt **övrig hälsopåverkan** än de som direkt relaterar till sexuell funktion. I denna kategori finns subkategorierna värmevallningar, sömnkvalitet, viktuppgång, psykiska förändringar, oklar orsak samt hormonpåverkan i fertil ålder och klimakteriet. Vissa förändringar upplevdes svåra att veta om de hade med klimakteriet att göra eller om de bara råkat inträffa i samband med den tidsperioden av annan orsak.

Alla informanter hade upplevt värmevallningar men i olika hög grad. Följande citerade informanter behövde inte medicinsk hormonbehandling mot sina besvär. Upplevelsen av vallningar hade stor variation från att upplevas som mycket problematiska till upplevelser om att det var ett intressant fenomen och inte så besvärande.

”Ja, alltså jag tycker jag har haft det, jag har en jättejobbig period eftersom jag svettas och helt plötsligt får jag de här flush och får sitta med en solfjäder nästan på våra möten på jobbet ibland. Så det är sådär periodvis lite jobbigare.”

”Det enda jag har märkt är att jag hade under en period att jag har fått såna här ”hot flushes”

”Jag tyckte mer det var intressant än besvärande för de kom så jättplötsligt och det var så konstigt, det var ju som att man skulle vara ett element själv.”

Sömnkvaliteten upplevdes delvis förändrad av några informanter medan andra inte upplevde någon större förändring. Vallningar kunde också störa sömnen och för att uthärda nattliga kylvallningar som växlade med värmevallningar använde sig en informant av två täcken att byta om med.

” Ibland har jag sömnproblem, inte hela tiden, men mer än jag har haft någonsin förut.”

”Extremt svåra vallningar på natten och måste ha två täcken, ett tjockt täcke och ett tunt. Och så fick jag också kylvallningar. Alltså först svettades jag mängder och sen började jag frysa så att jag skakade och måste byta de där täckena hela tiden.

Ämnesomsättningen blev långsammare i klimakteriet och två informanter nämnde viktuppgång trots noggrann kost och regelbunden motion. Att kroppen inte fungerade på samma sätt som tidigare upplevdes som jobbigt och oväntat både fysiskt och mentalt.

”Jag har alltid tränat ända från jag var barn så jag tycker om att röra på mig. Sen egentligen från 45 års ålder, även fast jag tränar, så är det svårare med det här med maten... Så just det, sen det här med ämnesomsättningen. Det tycker jag nästan att är det jobbigaste. Att fast jag tränar och rör på mig och äter helt vettig kost, det har jag alltid haft, men ändå så är det så... Jag har alltid haft lätt att gå upp i vikt, så nu har jag fått sådan mage som jag hade när jag just hade varit gravid.”

”Jag kan ju tycka just det här med vikten är lite jobbigt, just för att jag är så ovan med det så att jag hamnar i situationer där jag märker att oj jag har inte alls samma kondis, jag orkar inte alls lika bra för jag bär på massa övervikt”

Psykiska förändringar nämndes i ett fåtal sammanhang. En av informanterna nämnde humörsvägningar som liknade PMS (premenstruellt syndrom) till följd av hormonpåverkan i klimakteriet. Panikattacker till följd av plötsliga värmevallningar kunde uppkomma när det inte fanns möjlighet att klä av sig för att kyla ner sig.

”Sen kanske jag fick tillbaka lite av de här PMS, liksom upp och ner ganska mycket upp och ner har jag märkt också, i psyket.”

”Och det blev svårare och svårare och jag fick nästan panikattacker. Att hjärtat började bulta, jag började svettas. Det kändes som att jag skulle måsta springa i väg någonstans. Och det kom ofta till exempel i spårvagnen där jag visste att jag inte kunde klä av mig ordentligt. Och det var så svårt och det var en sådan där psykisk känsla av att nu måste jag slänga av mig mina kläder, annars dör jag. Och det var helt fruktansvärt.”

Oklar orsak till symtomen nämndes och det var svårt att avgöra om övriga hälsorelaterade förändringar hade samband med klimakteriet eller andra faktorer. Symtomen och förändringarna kunde likna sjukdomssymtom eller annat som hade med livssituation i allmänhet att göra. Även typiska klimakteriesymtom som vallningar kunde initialt vara svåra att identifiera med klimakteriet.

”Så ibland är det svårt att veta om det beror på hormoner eller fibromyalgin för den kan var lite sådär, ja, ändra lite symtom och så.”

”Eller vaknar oftare men sen ibland sover man jättegott, men inte vet jag nu om det har med klimakteriet att göra. Inte har jag så väldigt mycket sådana här symtom.”

”Sen så fick jag så småningom som jag först inte identifierade som kanske klimakterieproblem, sådana här heta vallningar och hade liksom lite kallt och varmt om vartannat på nätterna och svettades lite och sådant.”

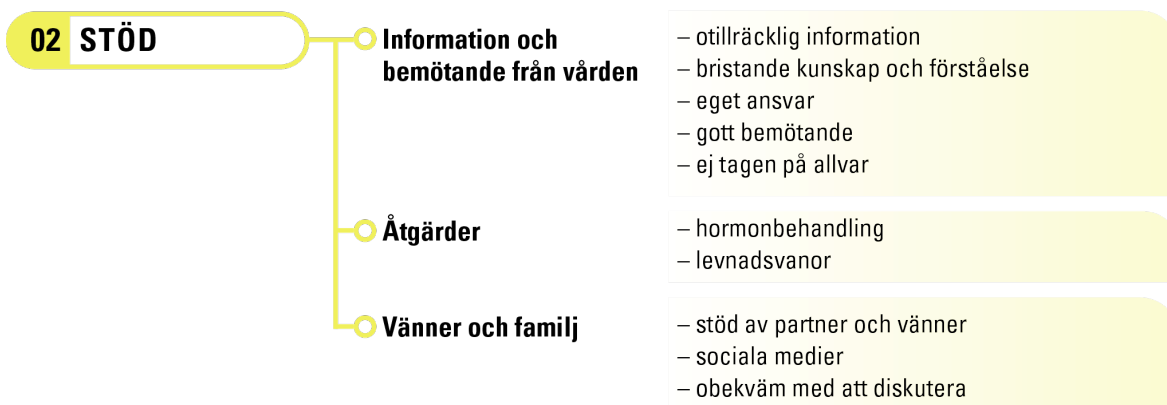
Hormonpåverkan i fertil ålder och klimakteriet kan ha samband med varandra så att större påverkan av hormoner i fertil ålder innebär större sannolikhet för mer omfattande påverkan av hormonförändringar i klimakteriet. I fertil ålder kan hormonella förändringar i samband med menstruationscykel och graviditeter upplevas som humörsvängningar och mensvärk, medan hormonförändringar i klimakteriet kan visa sig som värmevallningar och vaginal atrofi. Två informanter upplevde motsvarande grad av hormonpåverkan i klimakteriet som i fertil ålder, varav den ena upplevde lindriga symtom och den andra kraftiga symtom. Övriga informanter hade varit påverkade i olika hög utsträckning i fertil ålder jämfört med under klimakteriet. Det förstnämnda citatet är från en informant som upplevt sig påverkad av hormoner i lika mild grad både i fertil ålder som i klimakteriet. Det andra citatet är från en informant som hade upplevt stor påverkan i fertil ålder men inte i klimakteriet.

” Men fram tills att jag fick mitt första barn när jag var XX så var det ganska problemfritt ändå liksom. Hade väl någon dag som jag måste ta en värktablett, men inte så mycket mera.”

”Jag hade ju sedan svåra mensvärkar, så jag har måstat äta värkmediciner under alla menstruationer och sen så var de sedan ganska kraftiga, alltså jättekraftiga. Så sedan när jag inte längre kunde vara XX [på jobb] utan att ha både nattbinda och jättesuperplus-tamponger så då insåg jag att någonting måste göras. Man kan ju inte springa där en gång i timmen på toaletten.”

7.2 Stöd

Temat stöd beskriver hur kvinnor i klimakteriet hade upplevt stödet från anhöriga och från sjukvården samt vilka åtgärder som hade gjorts för att underlätta symtom. I detta tema finns tre kategorier: **åtgärder, information och bemötande från vården** samt **stöd från vänner och familj**. Under varje kategori framkommer subkategorier.



Figur 3: Illustration av tema 2, stöd, med tillhörande kategorier och subkategorier.

7.2.1 Information och bemötande från vården

Kategorin **information och bemötande från vården** delas in i fem subkategorier *otillräcklig information*, *bristande kunskap och förståelse*, *eget ansvar*, *gott bemötande* och *ej tagen på allvar* enligt de upplevelser som informanterna hade erfart i kontakt med vården.

I fyra av fem fall upplevde kvinnorna att de i förebyggande syfte hade fått *otillräcklig information* angående vad klimakteriet innebär och dess möjliga påverkan på sexuella funktioner. Några ansåg att det skulle vara bra om kvinnor inför klimakteriet fick mer information från sjukvårdspersonal som träffar dem. En jämförelse gjordes mellan mängden information inför menarke (den första menstruationen i puberteten) och bristen på information inför menopausen.

”Jag tror att det skulle vara jättebra om vårdpersonal tog upp det mer. För jag tror till exempel att en 47-årig kvinna som mår dåligt och så där, du vill inte tro att det är klimakteriet eller höra talas om det, för det låter bara osexigt och tråkigt [...]. Men kanske ändå att man väcker en liten tanke om vårdpersonal tar initiativ och pratar om det [...] och det gör ju att man förbereder sig på vad som ska komma.”

”Jag vet ju till exempel att min dotter har fått massor med information om mens då från att hon var åtta år och framåt. Det är bara mens, mens, mens hela tiden. Men sen är det ju ingen som, alltså det är ju inte samma sak sen när mensen slutar.”

Flera kvinnor beskrev situationer där de hade upplevt *bristande kunskap om och förståelse* av klimakteriet från vårdens sida. Den sexuella funktionens betydelse för människans hälsa prioriterades inte. Vårdpersonal upplevdes inte förstå hur klimakteriesymtom kan upplevas

och vad man kan göra för att uppnå en mer effektiv behandling. Informanterna upplevde att det inom vården finns behov av mer utbildning och större kunskap i ämnet. Det lyftes en tanke om att det skulle anses som ett större folkhälsoproblem om det drabbade män, men på grund av det endast händer för kvinnor så är det ingen som bryr sig om att hjälpa eller forska i ämnet.

”Även fast jag själv jobbar med vården så tycker jag att de inte verkar veta, inte sådär det stora hela vad klimakteriet är.”

”Och sen tittade jag på de där kvinnorna där, läkarna, som var alla runt 30+ år och tänkte att ’de förstår inte.’”

”Att de inte förstod att de här, att den där sexuella biten är så viktig för en människa, hela den sexuella identiteten.”

”Forska på det skulle man ju vilja säga! Det finns ju, jag menar det forskas ju på så mycket annat som man hittar botemedel och läkemedel för, så det måste finnas mer att göra när det gäller klimakteriebesvär tänker jag.”

”Jag har tänkt många gånger att om det var män som skulle sluta producera testosteron så skulle det alltid vara någon jäkel som skulle fixa det på något sätt, haha, men hos vi kvinnor så är det bara en bisak.”

Det uttrycktes en åsikt om ett eget ansvar att ta reda på information via internet, forskningsartiklar eller att man kunde fråga efter information från sjukvårdspersonal. Alla informanter berättade att de själva hade tagit reda på och sökt upp information vid behov. Ett visst ointresse för klimakteriet och vad det innebär förekom hos en informant. Det framkom dock att vårdpersonalen som sakkunniga har ett ansvar att hjälpa.

” [...] sökt hjälp jättemycket på nätet, eller sökt forskningsartiklar själv på nätet och egentligen så tycker jag ju nog att det är mitt eget ansvar, jag är kapabel att gör det.”

”Jag brukar inte läsa på såna här saker så mycket. Jag brukar tänka att eftersom det finns sakkunniga så kan jag gå till gynekologen så kan hon komma med förslag på vad vi ska göra så behöver inte jag fundera på det desto mera.”

”Jag upplever inte att jag gått miste om något eller att jag skulle ha känt mig mera bekväm om jag haft mera information.”

Gott bemötande från vården hade upplevts i de flesta fallen. Majoriteten av informanterna ansåg att de i äldre ålder oftast bemötts seriöst, kanske till och med i högre utsträckning än när de var yngre. Endast en av kvinnorna upplevde att hon hade fått tillräcklig information via offentlig sjukvård och att sjukskötare och barnmorskor självmant hade lyft klimakteriefrågor.

”Jag har ju bara träffat den här ena gynekologen som själv är kvinna i 50-års åldern. Hon är ju väldigt öppen [...] intresserade sig speciellt för klimakteriefrågor.”

”Och jag känner nog att jag blir tagen på större allvar än vad dottern blir och då har jag fått vara med henne, och då har de tagit oss på större allvar än när hon har varit själv då eller hört av sig själv.”

”Jag tycker nog att de har haft, de har varit duktiga, sköterskorna speciellt, på att ta upp det. Och gynekologerna gör ju sitt och så är de nöjda sen. Men sköterskorna tycker jag nog att ha varit duktiga på det så. Och speciellt då eftersom det började krångla när jag blev utbränd.”

Upplevelser om att ej bli tagen på allvar fanns också och någon upplevde det som svårare att bli tagen på allvar i klimakteriet jämfört med tidigare. Det kunde dröja länge att få hormoner utskrivna. Yngre kvinnliga läkare utan egen erfarenhet av klimakteriet upplevdes inte förstå problem som torra slemhinnor. Det var flera läkare som inte ville skriva ut östrogen till en informant på grund av den förhöjda cancerrisken med tanke på hennes tidigare cancer. Vården och bemötandet i samband med cancersjukdom och infertilitet var bra, men klimakteriebesvär verkade anses som något man skulle leva med och inte klaga över. Individuellt anpassad vård ansågs viktig samt att vårdpersonal behöver bli bättre på att lyssna och tro på patienters upplevelser.

”Jag höll på med det här i 1,5 år [...] det liksom viftas lite bort i sjukvården. Jag hade en känsla av att ingen riktigt förstår vad det innebär att inte producera eget östrogen [...]. Och det var också mycket så att de tog mig inte på allvar [...] de svarade bara att ’använd nu lite glidmedel’.”

”Men rent allmänt skulle jag säga att vården är mer fixerad på att hålla människor vid liv och jag fick jättebra cancervård, alltså verkligen. Men det här med klimakteriet upplevs ju som något som är väldigt, som hör till och som man inte på det sättet behöver härja så mycket om.”

”Ja alltså sjukvården borde fokusera mera på att ge varje kvinna individuell vård. För att klimakteriet ser så olika ut för alla.”

"[...] att ta en på allvar, man hittar ju inte på de här sakerna. Vissa av symtomen kan ju vara, ja men som vallningarna, man kanske blir lite röd och svettig, men annars kan det ju vara, de händer ju aldrig när man sitter där framför en skötare eller läkare heller utan det är ju alltid när man har gått därifrån. Så att de tar ens upplevelser på allvar. Det är viktigast."

7.2.2 Åtgärder

Inom kategorin **åtgärder** framkommer subkategorierna hormonbehandling och förändrade levnadsvanor. Dessa är metoder som tillgåtts för att lindra klimakteriesymtom. Menopausal hormonbehandling är en metod som kräver kontakt med sjukvården, medan levnadsvanor är något som kvinnor kan ändra på egen hand.

Hormonbehandling förekom bland tre informanter där användning av tillskottshormoner som östrogen, progesteron och testosteron i olika former nämndes. Även hormonella preventivmedel i form av hormonspiral användes fortsättningsvis av flera kvinnor. Hormonbehandlingen hjälpte mot olika sorters besvär som hade uppstått i samband med menopausen. De besvär som nämndes var torra slemhinnor, försämrad sexlust och värmevallningar som också kunde störa nattsömnen. Hormonbehandling upplevdes i allmänhet ha positiv effekt för måendet, med undantag för enstaka fall då det var oklart om det alls hade gett någon effekt. Även när ingen skillnad angående lubrikation hade noterats tidigare, kunde hormonbehandling ge märkbar positiv effekt på slidans slemhinnor. De informanter som använde hormonspiral i menopausen hade inte upplevt någon förändring i lubrikation till skillnad från de övriga informanterna. På grund av hormonspiralens egenskap att orsaka amenorré kunde det vara oklart exakt när menopausen hade inträffat.

"För något år sen så ville jag testa mina testosteronvärden för att se om jag eventuellt behövde testosteron också. Och då var dom lite låga, så nu sen något år tillbaka så tar jag en testosterongel. Och den finns ju också egentligen bara för män, och de ska ju ta en pumpdos varje dag, men som kvinna så får man ta då 2 gånger per vecka. Så nu ligger jag, ja alltså mina testosteronvärden är normala. Det är svårt att säga om det har påverkat"

"Alltså jag har inte några vallningar över huvud taget längre och sexlivet har förbättrats jättemycket och jag har en sexlust nu som jag inte hade tidigare."

”Jag sover jättebra. Jag såg ju till att få hjälp för svettningarna ganska omgående. För jag hade väldigt, alltså jag, när det var som värst kunde jag ju få vallningar, ja men nästan var tionde minut, så det var helt outhärdligt.”

”Det tycker jag [att hormonerna har hjälpt]! Det känner man nog av och det känner man också på slemhinnorna tycker jag.”

”För på grund av rikliga mensblödningar lade de in en hormonspiral åt mig. Och där var hennes, min gynekologs, linje det att sen när den hormonella verknigen av hormonspiralen tar slut så då hade sannolikt redan menopausen inträffat och man så att säga lämnade kvar den.”

Olika mycket fokus sattes på levnadsvanor. Beskrivningarna varierade mellan att uppleva att det var viktigare att ta hand om sig än tidigare och inte slarva med levnadsvanor som kost, motion och sömn till att fundera på att man borde ändra något. Majoriteten av informanterna hade gjort någon typ av förändring angående motion eller kosthållning. Hälsosamma levnadsvanor upplevdes påverka klimakteriebesvär positivt och gjorde dem mildare. Träning, meditation och yoga påverkade måendet positivt i allmänhet. Uppmärksamhet riktades mot vikten av hälsosam kost och flera informanter hade minskat eller slutat med livsmedel som socker, gluten, rött kött, mejeriprodukter samt ökat på andra proteinkällor som fisk och baljväxter. En av informanterna märkte att hon mådde sämre av socker och alkohol och att sömnen blev sämre om hon åt socker på kvällen.

”Det blir ju så otroligt viktigt just med alla rutiner kring mat och träning. När man var yngre kunde man ju slarva lite på ett annat sätt, men plötsligt så kan man inte det längre utan man måste ta hand om sig.”

”Jag har gått på akupunktur, jag har lagt om min kost. Och så gick jag även sen tidigare på meditation och yoga och mycket träning, och det påverkar ju också måendet i största allmänhet positivt.”

”[...] minskat på socker och gluten och rött kött och även mejeriprodukter, slutat med mjölk, men samtidigt försöker jag ju öka proteinet från annat håll. Jag äter ju fisk och bönor och andra baljväxter. Men jag märker ju att jag mår mycket sämre av till exempel socker och alkohol. Jag tål mindre [...] inte kaka en massa godis på kvällen, då sover jag ju sämre och så.”

”Jag intalar mig själv att det har att göra ganska mycket med att jag är noga med vad jag äter och så. [...] Alltså jag är vegetarian, äter inte mjölkprodukter, inte gluten, försöker äta sådan

här, ja inte sockerfri kost, men i alla fall inte blodsockerhöjande kost. Jag är ganska ordningsam med maten, dricker inte alkohol, röker inte. Och jag tränar inte så mycket som jag borde men lite sådär vardagsmotion, promenerar och yogar och så, försöker hålla mig igång.”

7.2.3 Vänner och familj

Inom kategorin **vänner och familj** hittas underkategorierna stöd av partner och vänner, sociala medier och obekvämt med att diskutera. Stöd söktes både från närmare vänner och familj samt från sociala medier. Det framkom även en ovilja kring att diskutera klimakteriet mer ingående.

Alla upplevde att de kunde få stöd av partner och vänner. De som var i ett förhållande upplevde att de kunde prata med sin partner om förändringar i sexuell funktion eller oro kring det. Väninnor och systrar i liknande situation var ett bra stöd kring menopausen. De symtom som diskuterades med dem var främst vallningar och hormoner, dock inte sexuell funktion. Att nå klimakteriet i förhållandevis ung ålder ledde till att det initialt inte var så mycket stöd från vänner eftersom de inte alls var i det skede i livet.

”Klart jag har vänner också som jag har pratat med som liksom har liknande symtom.”

”Så honom [partnern] har jag kunnat prata med mycket om det och sådär, för han är intresserad själv av hur allt funkar och såhär”

”Jag har nog pratat ganska mycket med väninnor, fast de ju då som var i samma ålder var ganska långt ifrån klimakteriet. Men nu börjar de ju komma i klimakteriet, vilket ju ger ett annat stöd.”

En informant kände sig obekvämt med att diskutera klimakteriet och eventuella symtom eller funderingar. Det upplevdes inte som något problem eftersom hon inte såg något direkt behov av att göra det. I de fall som behov uppkom var hon inte hämmad att ta upp sina funderingar.

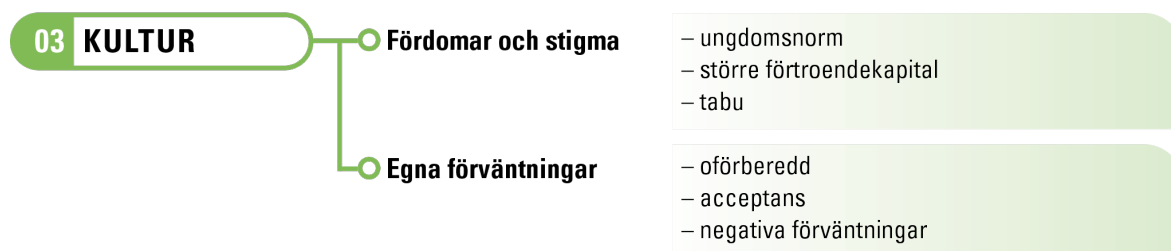
”Jag talar inte så mycket med mina kompisar om de här sakerna. Säkert därför att de flesta har saker under kontroll och har inte känt så stort behov av att diskutera dem. Så det har jag inte upplevt. [...] jag är nog inte 100 procentigt superbekvämt i alla situationer, men jag är inte heller väldigt hämmad.”

Stöd söktes också via *sociala medier* som exempelvis grupper på Facebook. I grupper och forum kunde man utbyta erfarenheter och få stöd av andra i liknande situationer. Det påtalades att det inte är så bra när det tipsas angående hormoner och doseringar i Facebookgrupper och att dessa råd kanske följs. Det framkom att det skulle kännas tryggare att vända sig till sjukvården.

”Men det är ju lite läskigt för det är ju hormoner. Alltså det känns ju som att många kvinnor rådfrågar varandra i de här Facebook-grupperna.”

7.3 Kultur

Temat kultur tar upp hur kvinnor i klimakteriet ses i den nordiska kulturen, i sina egna ögon samt hur de tror att omgivningen uppfattar dem. Inlärd fördomar, normer och stigma framkom både omedvetet och medvetet. I analysen hittades två **kategorier (svärtade) fördomar och stigma** samt **egna förväntningar** och i dessa även ett antal *subkategorier (kursiva och understreckade)*.



Figur 4: Illustration över tema 3, kultur, med dess underliggande kategorier och subkategorier.

7.3.1 Fördomar och stigma

Kategorin **fördomar och stigma** innehåller subkategorierna *ungdomsnorm*, *större förtroendekapital* och *tabu*. I kulturer finns föreställningar om olika fenomen och stadier i livscykeln som tar sig uttryck på olika sätt.

I svensk och finlandssvensk kultur existerar en glorifiering av *ungdomsnorm* medan äldre kvinnor kan ses som en resurs i andra kulturer. Omgivningens förväntningar förändrades till att det inte längre var så noggrant med utseendet. Det kunde upplevas befriande. Däremot kändes det nedvärderande att beskrivas som en "klimakterietant".

”Vi lever i en väldig ungdomsnorm och ja men då ser man ju i vår kultur... Ja men i andra kulturer så kan ju en kvinna som har passerat klimakteriet ses som, ja men som en resurs och att man är vis och att man slipper lägga energi på menstruation och barnafödande och så. Men här så är det liksom som att man blir osynlig.”

”Kraven på en minskar, man behöver inte vara så snygg och sminkad och fixad. Man får vara lite tant, det är ingen som bryr sig.”

” [...] alltså inte ville hon ju uppleva sig själv som en klimakterietant, det är ju klart.”

Det kunde upplevas positivt att inte längre behöva bevisa sin trovärdighet. Kvinnor i medelåldern hade större förtroendekapital än unga kvinnor.

”Folk tar en lättare på allvar än när man är ung, för då måste man alltid hålla på att bevisa att man kan. Men sen när man är gammal, då tar folk för givet att livserfarenheten att man ändå har någon sorts förtroendekapital.”

Fast klimakteriet är en naturlig del av livet var det delvis tabubelagt och dryftades i vissa sammanhang och inte i alla umgängen. Försök att lätta på stigmat gjordes genom att ibland berätta för andra om sina upplevelser och sitt mående relaterat till klimakteriet. På grund av att ämnet är stigmatiserat och anses negativt var väninnor före klimakteriet inte mottagliga och ville inte höra om ämnet. Yngre kvinnor, en del män och egna barn kunde tycka att det var konstigt när klimakteriet nämndes. Det hade noterats att män inom politiken berättade nedvärderande skämt om klimakteriet, möjligtvis utan att själva reflektera över dess effekt. Sexlust hos befolkning i medelåldern tycktes vara ett speciellt tabubelagt ämne. Att man förväntades smussa med mens och menopaus ansågs inte okej. Det var speciellt viktigt att våga prata om ämnet för att ge stöd till dem med mer omfattande besvär. Majoriteten var överens om att man ska kunna prata öppet om klimakteriet utan att behöva skämmas.

”Jo alltså jag tänker, det är något som är helt naturligt tycker jag. Så även fast jag märker att alla inte tycker att det är naturligt. Men jag fortsätter ändå. Jag berättar hur jag själv upplever det ibland, inte nå ingående men lite sådär, jag vill ändå att det ska vara, och så tänker jag på sociala medier, att det inte ska vara något hysch hysch om klimakteriet över huvud taget. Det hör ju till livet”

"Jag har ju många vänner som är i 45-årsåldern. Jag försöker ju förbereda dem och så på förklimakteriet. Men det är ju lite så att, i och med att det finns så mycket stigma kring klimakteriet och det är negativt och det är inget de vill kännas vid så dom är liksom inte mottagliga för informationen heller."

"[...] speciellt när det kommer till sexlust hos medelålders då, så det diskuteras ju absolut inte."

"Man måste kunna prata lika naturligt om det. Även fast jag har haft det rätt lindrigt så finns det ju andra runt omkring mig som har som stora problem, både med sin mens och förklimakteriet och klimakteriet. Och jag tycker inte att det är okej att man ska måsta smussla med det eller skämmas för det."

7.3.2 Egna förväntningar

Kategorin **egna förväntningar** delas in i subkategorierna i oförberedd, acceptans och negativa förväntningar. Föreställningar om och egna förväntningar inför klimakteriet varierade bland de intervjuade och medförde olika känslor, både mer positiva och negativa.

En känsla av att vara oförberedd upplevdes. Det kunde vara svårt att till en början förstå att symtomen relaterade till klimakteriet hos kvinnor som inte hade förväntat sig menopausen förrän om flera år. Ovetskap om hur mycket det kunde påverka livet och en felaktig föreställning om att övergången skulle ske snabbare förekom. En informant påpekade att det var bättre att vara oförberedd, eftersom information om möjliga negativa symtom kunde förorsaka större stress.

"Jag förstod verkligen inte vad det var, jag förväntade mig inte att det skulle komma på många år [...] men jag trodde nog att jag skulle ha regelbunden mens många år till."

"Jag hade inte heller tänkt mig att jag skulle hamna i klimakteriet när jag var 41. Och jag hade inte förstått heller innan vad det på riktigt var, att det förändrar hela ens liv."

"Jag föreställde mig nog att det skulle gå ganska snabbt eftersom det var en så radikal förändring från en dag till en annan, men det tog några veckor innan några symtom började visa sig."

"Jag tycker man ska inte sörja på förhand och ta problem när de kommer. Det finns ju ändå ganska mycket hjälp att få för det mesta som man kan ha. Man ska inte hålla på att skrämna

upp människor med långa listor på allt hemskt som kan hända för många blir bara mer stressade. Det har väl att göra med hurdan personlighet man är.”

De som fokuserade på klimakteriet som en naturlig del av livet hade större acceptans kring sin situation och kunde se det som en positiv förändring att se framemot. Den positiva inställningen påverkades även av att ha hört att ens mamma hade haft milda symtom av hormonella förändringar i samband med menopausen. Att slippa menstruationen ansågs skönt.

”Det är ju en naturlig del av kvinnans liv att vara i klimakteriet.”

”Min mamma, jag minns att hon berättade att hon hade väldigt lindrigt när hon kom in i klimakteriet [...] Så jag hade positiva förväntningar, att den dagen så kommer det att flyta på.”

”Om man skulle slippa den här jäkla menses. Det är mera något som man ser fram emot. Inte någon sådan där känsla att sen blir man en skrumpen tant och sen så finns det inget roligt mer. Det har jag åtminstone inte aktivt gått omkring och tänkt.”

”Jag har längtat efter det för att det har varit jobbigt att ha mens liksom.”

Negativa förväntningar inför klimakteriet förekom både medvetet och omedvetet. I intervjuerna ställdes frågan om sexuella förändringar hade förekommit. Frågan syftade till såväl positiva som negativa förändringar, men tolkades av några informanter som att den avsåg endast negativa förändringar. Förväntningar som problem med torra slemhinnor skapade oro och när det inte blev så besvärligt som förväntat kändes lättnad. Vetskapen om att ens mamma hade haft stora klimakteriebesvär ledde till negativa förväntningar.

”Jag tycker att jag har haft mindre besvär än vad jag hade trott.”

”Först var jag rädd, och det har jag pratat om mycket med min partner, att vara rädd att jag skulle bli allt för torr, med slemhinnor och sådär. Men det har jag tack och lov inte märkt något av.”

”Inga sexuella förändringar. Alltså egentligen till det bättre”

8 Diskussion

Diskussionen är subjektiva tolkningar av resultaten och resultaten analyseras i perspektiv att ge svar på föreliggande arbetes frågeställningar. Kapitlet är uppdelat i två delar. I den första delen diskuteras och granskas resultaten i förhållande till tidigare forskning samt analyseras med hjälp av Betty Neumans vårdteori. Den andra delen består av metoddiskussion där forskningens utförande granskas kritiskt.

8.1 Resultatdiskussion

Resultaten diskuteras i förhållande till tidigare forskning enligt kategorier med nyckelorden som kursiv rubrik. Därefter diskuteras resultaten i förhållande till den valda vårdteorin, Betty Neumans systemmodell.

Resultaten från denna studie stöder tidigare forskning i att kvinnors fysiologiska förändringar och upplevelser i anknytning till klimakteriet är varierande (Jansson & Landgren, 2010; World Health Organization, 1996). Till skillnad från det som Westhiemer & Lopater (2005) beskriver upplevde inte alla kvinnor stor omställning i samband med klimakteriet. Några hade en mer positiv upplevelse med endast milda symtom som inte påverkade dem i större utsträckning, medan andra hade upplevt sig ha stora problem som behövt åtgärder. Förändringar i sexuell funktion förekom i olika grad där det mest diskuterade var förändringar i lubrikation och torra slemhinnor samt förändring i lust och belåtenhet med sexlivet. Sexuella dysfunktioner har enligt tidigare forskning (Witting et al., 2008d) visats ha samband med faktorer som psykisk stress och relation till partner vilket stöds av resultaten från denna intervjustudie. Informanterna hänvisade förändringar i sexuell funktion både till klimakteriet och hormonförändringar såväl som till livssituation och partner, och hade i vissa fall svårt att skilja dem åt. Dessa resultat överensstämmer med tidigare forskning (World Health Organization, 1996). Liksom Witting et al. (2008d) beskriver upplevde inte alla informanter det som stressande att ha någon sexuell dysfunktion, medan andra upplevde negativ påverkan. Flera informanter nämnde hur viktig en fungerande sexuell funktion var för livskvaliteten, vilket är enligt med resultaten från studien av Thornton et al. (2015).

Övriga symtom inkluderade viktuppgång, sämre sömn och samtliga hade upplevt värmevallningar i varierande grad från att vara outhärdligt till att upplevas som ett intressant fenomen. Svårigheter i att identifiera symtom som klimakteriesymtom förekom hos informanterna, liksom även beskrivs av WHO (World Health Organization, 1996).

Enligt Jansson och Landgren (2010) skulle kvinnor som har påverkats mer av hormonella förändringar i menscykeln också vara mer påverkade av den sjunkande halten könshormoner i klimakteriet och vice versa. Detta stämde inte för tre av informanterna som upplevde olika stor påverkan i fertil ålder jämfört med klimakteriet. Däremot stämde det för de två övriga informanterna varav den ena upplevde liten påverkan och den andra stor påverkan i både fertil ålder och i klimakteriet.

Tre informanter hade fått hjälp av tillskottshormoner, östrogen och/eller progesteron och två av informanterna hade inte upplevt sig behöva hormonbehandling. Dessa två och en till var de tre som hade upplevt lindrigast symtom av klimakteriet och de hade haft hormonspiral som preventivmedel sedan innan klimakteriet och hade fortfarande sina hormonspiraler kvar efter klimakteriet. Om detta har ett samband eller inte är oklart. Forskning på hormonspiralens effekt på klimakteriet har inte hittats, med sökord som "Hormonal (AND) IUD (OR) intrauterine device (AND) menopause" på databaserna EBSCO och Pubmed. Enligt Witting et al. (2008a) hade intrauterina hormonella preventivmedel ett samband med bättre sexuella funktioner hos kvinnor i åldern 33–43. Fokus på levnadsvanor nämndes också i samband med positiv effekt på måendet i allmänhet, vilket upplevdes som speciellt viktigt under klimakteriet. Majoriteten undvek rött kött, två undvek helt eller delvis alkohol, socker, gluten och mjölkprodukter och samtliga motionerade mer eller mindre vilket stämmer överens med Socialstyrelsens rekommendationer (2020).

De flesta informanter hade upplevt att vårdpersonal självmant inte hade tagit upp ämnet klimakteriet och förändringar i hormonbalansen. Ingen av informanterna kunde minnas att de skulle ha fått information gällande möjlig påverkan på sexuell funktion. Resultaten är i enlighet med studien av Thornton et al. (2015) där endast 7% av vårdpersonalen diskuterat frågor som vaginal atrofi med patienter. Det finns redan naturligt förekommande tillfällen då vårdpersonal kunde lyfta ämnet och ge information eftersom kvinnor i Finland och Sverige med jämna mellanrum får kallelse till screening för livmoderhalscancer. Bemötande

från vården hade i flera fall varit bra, medan några hade dåliga upplevelser av vårdkontakt som resulterat i en känsla av att ha blivit avfärdad och inte tagen på allvar. Samtliga informanter upplevde att de fick stöd från vänner, systrar eller från sina partners.

I studien framkom att det råder en syn på kvinnor i klimakteriet som mindre sexuellt aktiva eller att sex och sexualitet skulle vara mindre viktigt för dem, att vi lever i en ungdomsnorm där ungdomen glorifieras och medelåldern blir osynligare. Resultaten överensstämmer med tidigare forskning (Westhiemer & Lopater, 2005). Undersökningar visar däremot att personer i åldern 80–102 år fortsättningsvis är sexuellt aktiva (Bretschneider och McCoy, 1988). Enligt Thornton et al. (2015) ligger det dock en sanning i att äldre befolkning skulle vara mindre sexuellt aktiva, enligt deras forskning sjunker sexuell aktivitet och funktion med hälften de närmaste 8 åren efter menopausen. Epitet som klimakterietant nämndes och upplevdes som nedvärderande och något man inte ville identifiera sig med. En informant tyckte däremot att det var skönt att inte längre behöva fundera på utseende och hur man ser ut i andras ögon.

Några hade på förhand reflekterat mer över klimakteriet än andra. Resultaten visar även att informanterna hade allt från positiva till oroliga förväntningar och för några upplevdes övergången till klimakteriet som en oväntad händelse som de var oförberedda på. Vissa informanter upplevde större förändring än förväntat medan en annan upplevde mindre symtom än förväntat. Stöd och bemötande från närstående upplevdes som bra, medan alla upplevde någon form av stigmatisering kring att prata om klimakteriet i offentliga rum. Det upplevdes som lättare att prata om klimakteriesymtom som värmevallningar än att prata om symtom som var relaterade till sexuell funktion. Denna syn påverkas enligt Feltrin och Velho (2014) av det bemötande som kvinnor får från omgivningen så som vårdpersonal och vårdpersonalens inställning till ämnet. Det framkom behov av individuellt anpassad vård. Flera kvinnor beskrev situationer där de hade upplevt att vårdpersonal inte har tillräcklig kunskap om klimakteriet och att de behöver mer utbildning och att det behövs mer forskning i ämnet. En informant uttryckte en tanke om att forskningen skulle vara högre prioriterad om bristen på könshormoner i klimakteriet var något som även drabbade män, men att det ses som en bisak när det endast handlar om åldrande kvinnor.

8.1.1 Återkoppling och diskussion av resultaten med Betty Neumans systemmodell

Vid återkoppling till den primära delen av Neumans (1995, s.44–47) systemmodell kan de förändringar som klimakteriet medför ses som stressorer. Som beskrivs i den vårdteoretiska modellen ska primärt förebyggande förbereda och stärka individen innan en påfrestning av stressorer sker. För att individen ska hålla sin inre balans, homeostas, krävs en flexibel och naturlig försvarslinje som skulle uppnås genom att förbereda sig på eventuella förändringar, såväl positiva som negativa. Individens livssituation som helhet måste vara i balans, både psykosociala och fysiologiska faktorer samt miljöfaktorer. Klimakteriet är en oundviklig händelse som varje kvinna kommer att uppleva om hon uppnår medellivslängd. Upplevelsen och graden av påverkan varierar mellan individer och ingen vet på förhand exakt hur ens upplevelse kommer att bli. För att individen med största sannolikhet ska kunna behålla sin homeostas behöver man enligt den primära delen av modellen förbygga och förbereda sig på eventuella förändringar. Detta kunde göras genom att informera och diskutera med kvinnor som närmar sig åldern för menopaus. (Neuman 1995, s.44–47). I denna studie framkommer att kvinnor inte har känt sig förberedda och att det kunde leda till ökad obalans. Informanternas acceptans angående den kommande förändringen som menopaus innebär verkade ha positiv effekt. Det framkom önskemål om att sjukvårdspersonal skulle ha bättre kunskap och ge förebyggande saklig information om möjliga symtom, positiva och negativa upplevelser, dock utan att skrämman upp någon och därmed eventuellt orsaka stress och oro. Speciellt ett exempel ur materialinsamlingen stöder Betty Neumans teori om att förebyggande insatser kunde minska påfrestningar av stressorer. En informant upplevde mycket torra slemhinnor i underlivet vilket var så smärtsamt att hon trodde att hennes tidigare gynekologiska cancer hade kommit tillbaka. Detta utsatte henne för onödig stress som kunde ha undvikits ifall hon hade fått förebyggande information om att torra slemhinnor i underlivet kan bli ett problem i klimakteriet. Som beskrivits i både tidigare forskning och som resultaten från denna studie visar är information från vården knapp (Thornton et al., 2015). En annan informant sade att hon tänkte att hon skulle uppleva större stress om hon fick höra långa listor på negativa följder som kan inträffa och ansåg att hon hellre tar det som det kommer efter hand, vilket motsäger Betty Neumans systemmodell.

8.2 Metoddiskussion

All forskning bör granskas kritiskt vilket i högsta grad inbegriper utförandet av arbetet från planering, insamling av data, metoder, rapportering och tolkning av resultat (Vetenskapsrådet, 2017). I föreliggande arbete kan metoden för anskaffandet av informanter ha påverkat att gruppen är mer homogen i förhållande till ett tvärsnitt av befolkningen. De flesta var pålästa och intresserade sig för ämnet eftersom kontakt skedde via Facebookgrupper om klimakteriet eller feminism. Det lilla urvalet motsvarar inte heller en genomsnittsbefolkning. Att intervjuerna skedde online kan ha påverkat resultaten jämfört med om man hade träffats fysiskt.

I kvantitativa undersökningar använder man sig ofta av validitet och reliabilitet för att kontrollera och diskutera arbetets kvalitet. Validitet innebär giltighet och i hur hög grad resultaten svarar på frågan som forskaren vill ha svar på. Om resultaten svarar på en annan fråga är det inte giltigt. Om man kan få samma resultat med olika instrument vid olika tidpunkter har det hög reliabilitet. (Henricsson, 2012, s. 153, 474, 486) I kvalitativ forskning används ofta trovärdighet som en övergripande kombination av bland annat både reliabilitet och validitet. Trovärdighet handlar om ifall metoden som har använts är lämplig för att svara på syftet och frågeställningarna och om andra forskare kommer fram till samma resultat. Forskningsresultaten och tillvägagångssättet för att nå dem ska vara rimliga och giltiga, valida. (Henricsson, 2012, s. 487) Ytterligare används pålitlighet, bekräftelsebarhet som till stor del handlar om samma sak som pålitlighet och trovärdighet samt slutligen överförbarhet som handlar om ifall resultatet kan överföras till andra situationer och grupper (Henricsson, 2012, s. 487). Möjligheten till hög pålitlighet ökar genom en utförlig metodbeskrivning (Henricsson, 2012, s. 486).

Det är svårt att ställa öppna frågor och fortfarande få svar på de specifika saker som eftersöks. Även frågor som "upplever du någon förändring i din sexuella funktion?", som redan är en relativt specifik fråga, gav ibland svar som tydde på att frågan tolkades syfta till endast negativa förändringar, fast den syftade till både positiva såväl som negativa förändringar. Att få ingående beskrivning om någons sexualitet med öppna frågor och frågeområden som inte skulle vara ledande var utmanande. Ämnet som undersöks är sexuell funktion och förändringar i den under klimakteriet, men på grund av den

stigmatisering som finns kring ämnet var det svårt att få kvinnor att öppna upp om detaljer. Majoriteten av informanterna upplevde att de kan prata om klimakteriesymtom som vallningar, men att frågor kopplade till sexualitet inte talas om. Även i detta privata forum där syftet var att undersöka förändringar i sexuell funktion och där den direkta frågan om orgasm ställdes, var det endast två av informanterna som valde att svara. Stigma kan ha bidragit till att en del av informanterna undvek att svara rakt ut och detaljerat på frågor, troligtvis delvis omedvetet. De gav inget uttryck om ovilja att svara, men frågan gav allmänt otydliga, ospecifika svar i de flesta fallen. Det kanske kunde ha gjorts något för att få mer ingående svar, medan man samtidigt måste respektera informanternas självbestämmanderätt att inte svara på alla frågor samt att inte pressa dem till att svara på frågor som kan förorsaka psykisk belastning i enlighet med Forskningsetiska delegationens (2009) regler om undvikande av skador.

Som både tidigare forskning (World Health Organization, 1996; Jansson & Landgren, 2010) och denna studie nämner kan det vara svårt att skilja på vilka symtom och förändringar som beror på klimakteriet och vilka som beror på andra faktorer som livssituation, stigande ålder, sjukdomar, andra biologiska, psykologiska eller socioekonomiska faktorer. Detta gjorde det svårt att begränsa relevant information och helheten blev möjligtvis onödigt bred.

9 Slutsats

Sammanfattningsvis visar resultaten i denna undersökning att alla kvinnor har olika upplevelser och påverkan av de hormonella förändringar som klimakteriet medför. Vissa påverkas mer och andra påverkas mindre. Förändringar i sexuell funktion kunde vara både till det negativa såväl som positiva. Alla hade upplevt någon form av förändring antingen i lust, lubrikation eller belåtenhet med sexlivet, men det upplevdes svårt att avgöra om förändringarna hade samband med hormonella förändringar i samband med menopaus eller om det handlade om partnerförhållande och livssituation i allmänhet.

Informanter i studien ansåg att det borde göras mer forskning på frågor som rör klimakteriet och förändringar i sexuella funktioner. Vid litteraturgenomgång hittades ingen forskning om hormonspiralers påverkan på klimakteriesymtom. Forskning om

klimakteriets påverkan på sexuella funktioner för finländska kvinnor var begränsad. En del kvinnor drabbas i hög utsträckning av de symtom som menopausen innebär och det kan innebära flera år av lidande. Klimakteriet innebär en stor omställning som hälften av befolkningen och upplever och det behövs mer forskning i ämnet. I studien framkom även önskemål om att vårdpersonal skulle vara mer utbildade inom ämnet och självmant ge adekvat information. Således kunde ämnet diskuteras i högre grad i vårdutbildningar i allmänhet och för barnmorskor och gynekologer i synnerhet.

De flesta informanterna upplevde att de hade fått knapp eller ingen förebyggande information om klimakteriet innan menopaus från sjukvården och att de själva hade tagit reda på information. Däremot upplevde de flesta som sökt sig till sjukvården för vård av klimakteriebesvär att de fick bra bemötande och hjälp. Om vårdpersonal skulle ta upp och diskutera ämnen som sexuella förändringar i samband med menopausen som något naturligt skulle kvinnor vara mer förberedda och förstå vad de går igenom. Vårdpersonal har stor möjlighet att påverka samhällets syn på klimakteriet och kunde därigenom minska stigmatisering, fördomar och öka förståelse.

10 Referenser

- Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*, 8 uppl., Mosby, an imprint of Elsevier Inc, st Louis, MO., 281–292.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 uppl. Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5 uppl. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Bertalanffy, L. (1968). *General system theory*. New York, George Braziller.
- Bretschneider, J. G., & McCoy, N. L. (1988). Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. *Archives of Sexual Behavior*, 17(2), 109–129. <https://doi.org/10.1007/BF01542662>
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York, Basic Books.
- Feltrin, R.B., & Velho, L. (2014). Sexuality after menopause: Ethnographic study in a Brazilian hospital school. *Sexuality Research and Social Policy*, 11, 76–87. <https://doi.org/10.1007/s13178-013-0133-6>
- Finlands officiella statistik (FOS): *Avlidna* [e-publikation]. ISSN=1798-2537. 01 2018. Helsingfors: Statistikcentralen. [Hänvisat: 8.1.2021]. Åtkomstsätt: http://www.stat.fi/til/kuol/2018/01/kuol_2018_01_2019-10-24_tie_001_sv.html
- Forskningsetiska delegationen. (2009). Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprovning. Helsingfors. [Hänvisat: 24.1.2021] Åtkomstsätt: <https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskaprinciper.pdf>
- Fugl-Meyer, K. S., & Fugl-Meyer, A. R. (2002). Sexual disabilities are not singularis. *International Journal of Impotence Research*, 14, 487–493.

- Henricson, M. (2012). Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. Studentlitteratur, s. 71–77.
- Jansson, O.F. & Landgren B-M. (2010). *Gynekologi*, 1 uppl., Studentlitteratur, 85–93.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 537–544. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>
- Levay, S. & Baldwin, J. (2009). *Human Sexuality*. 3 uppl. (MA), Sinauer Associates, Inc. s. 439.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 35–39. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2004.10106.x>
- Tiitinen. A. (2021). Vaihdevuodet. *Lääkärikirja Duodecim*. [Hänvisat: 10.11.2021]
Åtkomstsätt:
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00179?fbclid=IwAR025JuFMFx1fQUo69ff5XJcp6-WkSNAXzFb27R7XD055Ss1RSvQ2gcxUgs>
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*, 3 uppl., Appleton & Lange, Stamford, CT., 45–47, 658.
- Ojanlatva, A., Helenius, H., Jokinen, K., Sundell, J., Mäkinen, J., & Rautava, P. (2004). Sexual Activity and Background Variables Among Finnish Middle-aged Women. *American Journal of Health Behaviour*, 28, 302–315.
- Parker, M. E. (2005) *Nursing Theories and Nursing Practice*, 2 uppl., F.A. Davis Company, USA, 283–288.
- Perls, F. (1973). *The gestalt approach: Eye witness to therapy*. Palo Alto, (CA). Science and Behavior Books.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia, Lippincott.

Socialstyrelsen (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2020). *Levnadsvanors betydelse för lindring av klimakteriebesvär*. (Online) [Hänvisat 28.10.2021] Åtkomstsätt: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/stod-i-arbetet/samtal-om-klimakteriet/?fbclid=IwAR2SCjnDYeT3SkMxzellTA-Su4xC2Xn-47utVdH5-b5pBJHzficR52n0PWA>

Thornton, K., Chervenak, J., & Neal-Perry, G. (2015). Menopause and Sexuality. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 44(3), 649–661. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.009>

Turna, B., Apaydin, E., Semerci, B., Altay, B., Cikili, N., & Nazli, O. (2005). Women with low libido: correlation of decreased androgen levels with female sexual function index. *International journal of impotence research*, 17(2), 148–153. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901294>

Vetenskapsrådet. (2017). God forskningssed. Stockholm.

Westhiemer, R.K., Lopater, S. (2005). *Human Sexuality : A Psychological Perspective*. 2 uppl. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 481–494.

Witting, K., Santtila, P., Jern, P., Varjonen, M., Wager, I., Höglund, M., Johansson, A., Vikström, N., & Sandnabba, N. K. (2008a). Evaluation of the female sexual function index in a population based sample from Finland. *Archives of sexual behavior*, 37(6), 912–924. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9287-8>

Witting, K., Santtila, P., Alanko, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., von der Pahlen, B., Varjonen, M., Ålgars, M., & Sandnabba, N. K. (2008b). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34, 89–106. <https://doi.org/10.1080/00926230701636163>

Witting, K., Santtila, P., Rijdsdijk, F., Varjonen, M., Jern, P., Johansson, A., von der Pahlen, B., Alanko, K., & Sandnabba, N. K. (2008c). Correlated and non-shared environmental

influences account for the comorbidity between female sexual dysfunctions. *Psychological Medicine*, 38, 1–13. doi:10.1017/S0033291708003206

Witting, K., Santtila, P., Varjonen, M., Jern, P., Johansson, A., von der Pahlen, B., & Sandnabba, K. (2008d). Female sexual dysfunctions, sexual distress and compatibility with partner. *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 2587–2599. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00984.x>

World Health Organization. (1992). International statistical classification of disease and related health problems. 10 uppl. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (1996). Research on the menopause in the 1990s : report of a WHO scientific group. Geneva, Switzerland, 21.

WMA. (2018). Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. The World Medical Association, Inc.

Wåhlin-Jacobsen, S., Pedersen, A. T., Kristensen, E., Laessøe, N. C., Lundqvist, M., Cohen, A. S., Hougaard, D. M., & Giraldi, A. (2015). Is there a correlation between androgens and sexual desire in women?. *The journal of sexual medicine*, 12(2), 358–373. <https://doi.org/10.1111/jsm.12774>

Bilagor

Bilaga 1 - informationsbrev

Inessa Witting
Email: inessa.witting@edu.novia.fi

Information om deltagande i forskning

Examensarbete för utbildningen barnmorska på Novia, i Vasa. Examensarbetets titel är "Förändringar i kvinnors sexuella funktioner under klimakteriet – en kvalitativ studie om kvinnors upplevelser".

Syftet med detta arbete är att undersöka hurdana förändringar kvinnor i klimakteriet upplever i sin sexuella funktion och om de får den hjälp de behöver. **Frågeställningar** som svarar på syftet är "upplever kvinnor förändring i sin sexuella funktion i samband med klimakteriet och hur ter den sig?" samt "har kvinnorna fått tillräcklig och adekvat information, hjälp och behandling enligt eget önskemål?". Studien utförs med hjälp av **enskilda semistrukturerade intervjuer** med ett antal av 6 kvinnor som har haft sin menopaus, alltså inte haft menstruation på 1 år.

Intervjun kommer att spelas in och transkriberas. Ingen annan än jag, Inessa Witting, kommer att ha tillgång till material som avslöjar personens identitet. Dokument med personliga uppgifter som skulle kunna avslöja identiteten på deltagare kommer att sparas på lösenordsskyddad dator. Dokumenten förstörs efter att examensarbetet har publicerats och godkänts. Den information som används och publiceras som examensarbete kommer att vara ändrad så att det inte är möjligt att gissa deltagarnas identitet och alla andra uppgifter kommer att raderas. Deltagarnas anonymitet bevaras genom hela processen.

Om informanter under intervjun inte vill svara på vissa frågor eller helt avbryta sitt medverkande accepteras detta och får inte några negativa följder. Den data som samlats in kan dock ännu användas i studien. Att deltagarnas självbestämmanderätt bevaras försäkras genom deras frivilliga och informerade samtycke. Samtycket ges skriftligt.

Bilaga 2 - samtyckesblankett

Informerat samtycke till deltagande i intervjustudie

Jag har tillfrågats om deltagande i examensarbete för utbildningen barnmorska på Novia, i Vasa. Examensarbetets titel är *"Förändringar i kvinnors sexuella funktioner under klimakteriet – en kvalitativ studie om kvinnors upplevelser"*.

Jag har fått, läst och förstått informationen om studien. Från informationen har jag fått tillräckligt god uppfattning om studiens förlopp, insamling, behandling och överlåtelse av data. Man följer Forskningsetiska delegationens etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning vid hantering av persondata. Informationen om studien har också återgivits muntligt och jag har fått tillräckliga svar på alla mina frågor angående studien.

Studieinformationen gavs av Inessa Witting den ___/___/2021.

Jag förstår att deltagande i studien är frivilligt. Jag har rätt att när som helst under studien och utan att ange orsak, avbryta mitt deltagande i studien. Återtagande av mitt medgivande orsakar inte några negativa följder. Jag är informerad om att data insamlade fram till mitt återtagande kan användas som del av studien.

Jag har tagit del av informationen om studien. Med min underskrift bekräftar jag mitt samtycke till att frivilligt delta i en intervju.

Underskrift:

Datum:

Namnförtydligande:

Kontaktuppgifter:

Tel: _____

Email: _____

Bilaga 3 - intervjuunderlag

INTERVJUUNDERLAG / FRÅGEOMRÅDEN

Förändringar i kvinnors sexuella funktioner under klimakteriet - en kvalitativ studie om kvinnors upplevelser.

Bakgrund:

❖ Kan du berätta om dig själv:

- ◆ Ålder?
- ◆ tid sen menopaus?
- ◆ relationsstatus, familj/ barn /biologiska barn? /Vaginal/kejsarsnitt?
Länge tsm med partner?
- ◆ socioekonomisk bakgrund, (bor land/stad/ stressigt arbete/utbildningsnivå?)
- ◆ allmänna hälsotillstånd / mediciner ?
- ◆ Levnadsvanor (kost/Träning)

Kvinnohälsa:

❖ Hur har du upplevt din kvinnohälsa genom livet?

- Gått på regelbundna kontroller? (papa-screening, prev)
- Graviditeter / förlossningar?
- Problem med hormonella förändringar /PMS?
- Gyn. Operationer?

Sexuell funktion:

❖ Hur upplevde du din sexuella funktion innan klimakteriet?

- Nöjd enligt eget önskemål? (tillräckligt ofta, fysiskt, psykiskt).

- Negativa sexuella upplevelser? Tvingad / inte respekterad?
- Hur nöjd har du varit och hur nöjd är du nu 1–10? Med sexlivet

Klimakteriet och förändring i sexuella funktioner

- ❖ Har du tänkt på klimakteriet när du var yngre? Sett hur väninnor / din mamma upplevt det?
- ❖ Hur har övergången till klimakteriet varit? Symtom?
- ❖ Har du märkt någon form av förändring kopplat till sexuella funktioner under klimakteriet jämfört med innan?
 - (sex med sig själv eller partner)
 - Orgasm, lust, smärta, blödning,

Bemötande / information inom vården:

- ❖ Har du fått hjälp från vårdpersonal? Hur? vad? har det hjälpt? Har utredning, behandling erbjudits?
- ❖ Har du fått hjälp från annat håll?
- ❖ Tycker du att du har fått information om vilka förändringar som är vanliga angående sexuell funktion?
- ❖ Om negativa förändringar upplevts,
 - Har vårdpersonal lyft ämnet?
 - Har du själv lyft frågan, vågar du säga om du upplever utmaningar vid möte med sjukvårdspersonal?
 - Pratar du med någon annan om det? (I så fall vem? vän /familj/partner/forum/sociala medier?)
- ❖ Upplever du att ämnet är svårt att tala om, stigmatiserat/tabu?

- ❖ Kontakt med sjukvården (i stort / gynekologi) under fertil ålder – har bemötandet ändrats vid klimakteriet?
- ❖ Vad önskar du att du hade vetat tidigare / innan klimakteriet?
- ❖ Tips till andra kvinnor i liknande situation? Tips till vårdpersonal som träffar kvinnor i klimakteriet?