



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Kvinnors sexuella hälsa inom 6 månader efter vaginal förlossning

-En enkätstudie om kvinnors sexuella hälsa,
mätt med Female Sexual Function Index (FSFI)

Författare: Karin Borgehed & Nadja Sjölin

Handledare: Eva Persson

Magisteruppsats

Hösten 2016

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Kvinnors sexuella hälsa inom 6 månader efter vaginal förlossning

-En enkätstudie om kvinnors sexuella hälsa, mätt med Female Sexual Function Index (FSFI)

Författare: Karin Borgehed & Nadja Sjölin

Handledare: Eva Persson

Magisteruppsats
Hösten 2016

Abstrakt

Bakgrund: Sexuell ohälsa är ett vanligt förekommande problem hos kvinnor postpartum. **Syfte:** Att undersöka kvinnors sexuella hälsa inom 6 månader efter en vaginal förlossning samt att kartlägga om samtal kring sex- och samlevnad tas upp på efterkontrollen. **Metod:** Kvantitativ tvärsnittsstudie genom webbaserad enkätundersökning. **Resultat:** Den sexuella hälsan, mätt med FSFI (Female Sexual Function Index), visade att 66,4% av kvinnorna hade en totalpoäng på ≤ 26 poäng vilket bedöms som sexuell dysfunktion. Förstföderskor hade mer lust än omföderskor medan omföderskor var mer smärtfria än förstföderskor. Klipp och bristning innebar en sämre sexuell hälsa jämfört med de som inte fått någotdera. Mer än hälften blev inte tillfrågade om sitt sex- och samliv (54,5%) på efterkontrollen. **Konklusion:** Studien visar att sexuell dysfunktion var vanligt hos kvinnor inom sex månader postpartum. Ökad forskning inom området kan leda till att ämnet uppmärksammas och kvinnor får stöd och hjälp.

Nyckelord

Barnmorska, Bristning, Efterkontroll, Klipp, Postpartum, Sexuell hälsa, Sexuell dysfunktion

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning.....	2
Bakgrund.....	2
Sexuell hälsa	2
Fysiska hinder till god sexuell hälsa efter förlossningen	3
Sexuell hälsa efter förlossning i relation till bristning eller klipp.....	4
Övriga hinder till god sexuell hälsa efter förlossning	4
Barnmorskans roll	5
Syfte	6
Specifika frågeställningar	7
Metod	7
Urval.....	7
Undersökningsinstrument.....	8
Genomförande av datainsamling	8
Analys av data.....	9
Forskningsetiska avvägningar.....	11
Resultat	11
Demografisk data	11
Sexuell hälsa hos kvinnor, jämförelse mellan förstföderskor och omföderskor samt ur ett tidsperspektiv	12
Bristning eller klipp påverkan på den sexuella hälsan	14
Samtal om sexuell hälsa på efterkontrollen	16
Diskussion.....	17
Diskussion av vald metod.....	17
Diskussion av framtaget resultat	20
Sexuell hälsa	20
Jämförelse mellan förstföderskor och omföderskor	23
Sexuell hälsa efter bristning eller klipp	23
Samtal om sexuell hälsa på efterkontrollen.....	24
Konklusion och implikationer.....	25
Referenser	26
Bilaga 1 (3).....	30
Enkät	
Bilaga 2 (3).....	42
Originalinstrument	
Bilaga 3 (3).....	50
Poänguträkning	

Problembeskrivning

Den sexuella hälsan är av stor vikt för det psykiska välmåendet och livskvaliteten (Von Sydow, 1998; Olsson, Lundqvist, Faxelid & Nissen, 2005; Leeman & Rogers, 2012). Efter förlossning är sexuell ohälsa ett vanligt förekommande problem (Barret, Pendry, Peacock, Victor, Thakar & Manyonda, 2000; Acele & Karaçam 2011; McDonald, Woolhouse & Brown, 2015). I Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska står det beskrivet att barnmorskan skall kunna tillämpa kunskaper om sexualitet och samlevnad i ett genus- och livscykel perspektiv samt kunna föra en dialog med kvinnan kring detta (Socialstyrelsen, 2006). Samtal mellan kvinnan och barnmorskan om sexuell hälsa efter förlossningen är begränsad (McDonald et al., 2015; Acele & Karaçam, 2011). Fokus ligger ofta på föräldrarollen, barnet och preventivmedel medan kvinnans sexuella hälsa kommer i andra hand och berörs inte alltid på efterkontrollen (Barret et al., 2000). Ökad kunskap inom ämnet kan bidra till att kvinnan känner sig mer bekväm över att återuppta sexuella aktiviteter (O'Malley, Higgins & Smith, 2015). Med detta som grund vill författarna undersöka sexuell hälsa hos kvinnor efter vaginal förlossning samt om samtal gällande detta förekommer på efterkontrollen.

Bakgrund

Sexuell hälsa

Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, mentalt och socialt välmående i relation till sexualitet. För att uppnå en god sexuell hälsa krävs därför ett positivt och respektfullt synsätt på sexualitet och sexuella relationer samt möjligheten att ha säkra och tillfredsställande sexuella erfarenheter som är fritt från tvång, diskriminering och våld (WHO, 2016). Sexuell- och reproduktiv hälsa bland kvinnor är starkt påverkat av samhället de lever i och möjligheten att forma sitt liv på de sätt de önskar. Jämställdhet är en grundläggande faktor för sexuell hälsa och tillhörande rättigheter (Statens Folkhälsoinstitut, 2012). Von Sydows (1998) meta analys studie, som gjordes för nästan två decennium sedan, visade redan då att kvinnors sexuella hälsa försämras efter en förlossning. Sexuell hälsa postpartum är påverkat av flera faktorer såsom förändrad anatomi, hormonpåverkan och en ny familjesituation (Leeman & Rogers,

2012). Ahlborg och Strandmark (2001) har visat att minskad sexuell lust är vanligt sex månader postpartum och att nyblivna föräldrar är oförberedda på denna förändring i sitt sex- och samliv. De menar att hälso- och sjukvården kan hjälpa paren att upprätthålla en god sexuell hälsa bland annat genom att ha ett öppet förhållningssätt och ett samtal kring ämnet.

Fysiska hinder till god sexuell hälsa efter förlossningen

Efter förlossningen upplever många kvinnor problem som dyspareuni, brist på lubrikation, svårigheter att få orgasm och minskad sexuell lust (Acele & Karaçam, 2012; Barret et al., 2000; Lurie, Aizenberg, Sulema, Boaz, Kovo, Golan & Sadan, 2013; Von Sydow, 1998). För en del kvinnor är dessa problem övergående medan det kan bli långvariga problem för andra (McDonald et al., 2015).

Von Sydow (1998) undersökte sex- och samlivet under graviditet och upp till sex månader efter förlossning. Minskad sexuell aktivitet och sexuellt intresse efter förlossningen var vanligt och för en del kvinnor skedde de första samlagen efter förlossningen för att tillfredsställa partnern. Sex- och samlivet var problematiskt till en början för de flesta paren. Många kvinnor beskrev dyspareuni som ett problem. Mer än hälften av kvinnorna njöt av sex första året efter förlossningen men en stor del gjorde inte det och fick långvariga problem. I samma studie visades att annan beröring och sexuell aktivitet än vaginal penetration var att föredra för nyförlösta kvinnor. I genomsnitt återupptogs den sexuella aktiviteten sex-åtta veckor efter förlossningen men det kunde dröja tills kvinnorna njöt av sex. En liten andel kvinnor upplevde dock ett förbättrat sex- och samliv med en förstärkt relation till sin partner. Parets sexuella relation före förlossningen påverkade hur det såg ut efter förlossningen.

Lurie et al. (2013) undersökte kvinnors sexuella funktion en och en halv, tre och sex månader efter förlossningen. Tre månader efter en förlossning upplevde många kvinnor sexuella problem såsom minskad lubrikation, minskad sexlust, svårigheter att få orgasm och dyspareuni. Liknande resultat visade Acele och Karaçams (2012) studie som genomfördes två-12 månader efter förlossningen. Förutom dyspareuni kunde brist på lubrikation, svårigheter att få orgasm, förslappad vagina, minskad sexuell lust, blödning eller irritation efter samlag samt minskad frekvens av samlag vara problem efter förlossningen. Faktorer som påverkade parets sexuella relation negativt efter förlossningen var bland annat ökande

ålder, sexuella problem under graviditeten samt lång avvaktan till första samlaget efter förlossningen.

Sexuell hälsa efter förlossning i relation till bristning och klipp

Andelen kvinnor som får ett klipp under förlossningen sjunker i Sverige. På 70- och 80-talet gjordes detta mer eller mindre rutinmässigt medan det år 2014 var 11,3% av förstföderskorna och 2,4% av omföderskorna som klipps. År 2014 var det 6% av förstföderskorna och 1,5% av omföderskorna som fått en III:e eller IV:e gradens bristning, denna andel har legat relativt konstant under 2000-talet (Socialstyrelsen, 2015). Rathfisch, Dikencik, Kizilkaya Beji, Comert, Tekirdag och Kadioglu, (2010) undersökte sambandet mellan sexuell dysfunktion efter förlossning, perinealbristning och klipp. Tre månader efter förlossningen hade de kvinnor som klippts högre prevalens av smärta vid samlag samt minskad lust, svårighet att få orgasm och minskad sexuell njutning än de kvinnor som fått en spontan bristning. Barret et al. (2000) studie visar att kvinnor med dysparenuui vid tre månader postpartum var signifikant förknippat med bristning eller klipp. Kvinnorna hade problem som minskad lust, minskad lubrikation, dysparenuui och svårighet att få orgasm. Sayed Ahmed, Kishk, Farhan och Khamees (2016) såg i sin studie att en III:e eller IV:e gradens bristning hade en negativ inverkan på kvinnors sexuella hälsa postpartum mätt med FSFI vid sex och tolv månader postpartum. Av kvinnor som fått en III:e eller IV:e gradens bristning tog det signifikant längre tid innan de återupptog sexuella aktiviteter jämfört med de som fått en I:a gradens bristning eller klippts. Även Rathfisch et al. (2010) studie visar att kvinnor som inte fått någon bristning i samband med förlossningen återupptog den sexuella aktiviteten tidigare än de med bristning. Förutom detta sågs även ett samband mellan minskad lust, orgasm, sexuell njutning samt ökad dysparenuui och andra gradens bristning. Dysparenuui var det vanligaste problemet efter en bristning.

Övriga hinder till god sexuell hälsa efter förlossningen

Den sexuella hälsan efter förlossningen är inte bara influerad av de anatomiska förändringarna som en graviditet och förlossning innebär, utan kan även bero på nya familjestrukturer, relationen med partnern, psykisk ohälsa, sömnbrist och hormonella förändringar (Leeman &

Rogers, 2012; Olsson et al., 2005; O'Malley et al., 2015). Att bilda familj och ta hand om ett nyfött barn kan i vissa fall innebära en ökad närhet för paret och därmed stärka parets sexuella relation, men det är även vanligt att kvinnor drabbas av en sämre sexuell hälsa postpartum (Leeman & Rogers, 2012).

Ahlborg, Dahlöf och Hallbergs (2005) studie visade att nyblivna föräldrar hade en minskad sexuell aktivitet de första sex månaderna efter förlossning. En vanlig orsak till detta var att de var för trötta och inte prioriterade sitt sex- och samliv. Par som hade en god kommunikation hade en starkare känsla av att vara tillfreds i sin relation trots frånvaro av sexuell aktivitet. O'Malley et al. (2015) studerade olika faktorer, förutom fysiska faktorer, som kan påverka den sexuella hälsan efter förlossning. Dessa var sociala faktorer, som anpassning till föräldraskap med nya och ändrade roller, psykologiska faktorer som kroppsuppfattning, åtrå/lust, rädsla, oro och ångest samt relationsfaktorer som känslomässig och praktisk stöttning och perception av den sexuella lusten hos partnern. I en kvalitativ studie från Sverige som utfördes tre-24 månader efter förlossningen, identifierade även Olsson et al. (2005) olika faktorer som påverkade den sexuella relationen efter förlossningen. En faktor var att en del kvinnor upplevde en förändrad kroppsuppfattning efter förlossningen vilket kunde vara svårt att acceptera och resulterade i en osäkerhet hos kvinnan. En annan påverkande faktor var brist på lust och kommunikation mellan parterna. Det nya familjelivet medförde stress, trötthet och nya prioriteringar för kvinnorna. Exempelvis prioriterades barnet och sömnen före sexuella relationer. Studien identifierade att kvinnorna ville ha stöd från någon professionell och från sin partner att hennes kropp inte var onormal.

Barnmorskans roll

Alla kvinnor i Sverige erbjuds efterkontroll hos en barnmorska för att följa upp graviditet och förlossning cirka 12 veckor efter förlossningen. Under besöket skall det föras samtal kring hur kvinnan mår, föräldraskap, amning, barnet, preventivmedel och sexualitet (Socialstyrelsen, 2006; Hildingson, 2016). Vid särskilda behov skall medicinsk eller psykologisk uppföljning erbjudas. Har kvinnan återupptagit sitt sexuella samliv kan stöd och hjälp behövas kring det. Dessutom erbjuds en gynekologisk undersökning för att inspektera eventuella bristningar och bedöma knipförmågan. Besöket kan senareläggas om kvinnan mår bra (Hildingson, 2016).

Barret et al. (2000) studie visade att barnmorskan oftare diskuterar preventivmedel än sexuell hälsa på efterkontrollen. Barnmorskan tog det för givet att kvinnor återupptar den sexuella aktiviteten efter förlossningen.

Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) har utvecklat en barnmorsketeori med betoning på fem faktorer som beskriver barnmorskans professionalism. Den första grundläggande faktorn är barnmorskans professionella omvårdnad som beskriver barnmorskans individanpassade omvårdnad till kvinnan och hennes familj. Den andra faktorn är barnmorskans professionella klokhet som utvecklas under samspelet mellan kunskap och erfarenhet. Barnmorskans professionella kompetens är den tredje faktorn, den försäkrar tryggheten av mor och barn. Fjärde faktorn beskriver barnmorskans mellanmännliga kompetens. Barnmorskan har förmågan till kommunikation och samverkan med kvinnan och hennes familj. Den femte och sista faktorn är barnmorskans personliga och professionella utveckling. Barnmorskan kan tillämpa denna teori i sitt arbete med kvinnors sexuella hälsa efter förlossningen. Då barnmorskan har kunskap i ämnet och genom sin professionalism och klokhet kan hen bidra till att kvinnor får den hjälp de behöver. Genom individualiserad vård, god kommunikation och empati kan detta mål nås. Med detta förhållningssätt och tillämpning av teorin skulle en miljö kunna skapas där kvinnan kan vara öppen om sina problem i den sexuella hälsan och få stöttning och vägledning av barnmorskan.

Förhoppningen är att föreliggande studie kan vara med och bidra till en ökad uppmärksamhet, kunskap och medvetenhet hos barnmorskan inom området sexuell hälsa efter vaginal förlossning. Detta kan underlätta för barnmorskan att identifiera problem och vägleda kvinnor gällande sexuell hälsa. Genom att öka kunskapen kring kvinnans sexuella funktion efter vaginal förlossning och vad som är de vanligaste problemen för kvinnor underlättar det för barnmorskan i hns arbete med sexuell hälsa.

Syfte

Syftet med föreliggande studie var att undersöka kvinnors sexuella hälsa inom 6 månader efter en vaginal förlossning samt att kartlägga om samtal kring sex- och samlevnad tas upp på efterkontrollen.

Specifika frågeställningar

- Hur är kvinnors sexuella hälsa mätt med instrumentet, *Female Sexual Function Index (FSFI)*, inom sex månader efter vaginal förlossning?
- Vilka skillnader finns det i den sexuella hälsan efter vaginal förlossning mellan förstföderskor och omföderskor?
- Har bristningar/klipp ett samband med kvinnors sexuella hälsa efter vaginal förlossning och i så fall vilken?
- Tillfrågas/önskar kvinnor samtal om sitt sex- och samliv vid efterkontrollen och uppfattas samtalet i så fall som tillfredsställande?

Metod

Studien har genomförts med kvantitativ ansats och är en deskriptiv tvärsnittsstudie. En tvärsnittsstudie innebär att data samlas in vid ett tillfälle och är särskilt lämpat för att undersöka en specifik företeelse eller samband mellan företeelse (Polit & Beck 2010). Studien har gjorts genom webbaserad enkätundersökning.

Urval

Som urvalsmetod har bekvämlighetsurval tillämpats, de som ingår i studien är de som finns till hands (Eliasson, 2013). Studiens population var kvinnor som genomgått en vaginal förlossning inom de senaste sex månaderna. Kvinnor har ofta återupptagit sitt sex- och samliv inom 6 månader efter förlossningen (Von Sydow, 1998; Barret et al., 2000; Mcdonald et al., 2015). Denna tidsram har därför använts till föreliggande studie. Studiens inklusionkriterier var kvinnor som genomgått en vaginal förlossning inom de senaste sex månaderna, var över 18 år gammal och förstår svenska.

Undersökningsinstrument

Studien har genomförts via en enkätundersökning. Instrumentet *Female Sexual Function Index (FSFI)* med ett frågetillägg användes (se bilaga 1 & 2). FSFI är ett validerat och reliabilitets testat instrument från USA och innehåller slutna frågor med flervalsoalternativ (Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Meston, Shabsigh, Ferguson & D'Agostino, 2000). Instrumentet har använts vid forskning i många länder och har översatts till svenska och bedömts som ett trovärdigt och validerat instrument (Ryding & Blom, 2015). FSFI är ett flerdimensionellt självskattningsformulär med 19 frågor för att diagnostisera sexuell dysfunktion. (Isidori, Pozza, Esposito, Giugliano, Morano, Vignozzi, Corona, Lenzi & Jannini, 2009). FSFI består av sex domäner, vilka är lust (2 frågor), upphetsning (4 frågor), lubrikation (4 frågor), orgasm (3 frågor), tillfredsställelse (3 frågor) och smärtfri (3 frågor). Varje fråga besvaras genom rangordning 0 (ingen sexuell aktivitet) eller 1 (aldrig/mycket otillfredsställd) till 5 (alltid/mycket tillfredsställd). Inga frågor har ändrats från originalinstrumentet. Genomgående i föreliggande studie nämns domänen som "smärtfri" medan "dysparenu" används för att beskriva samlagssmärta.

För att uppnå studiens syfte kompletterades enkäten med tillägsfrågor utöver instrumentet FSFI. Dessa inkluderade öppna bakgrundsfrågor som respondenternas ålder, paritet och hur länge sedan deras senaste vaginala förlossning var, samt slutna frågor om utbildningsnivå och om de fått en bristning eller klipp i samband med förlossningen. Dessutom ställdes slutna frågor om kvinnorna tillfrågats om sitt sex- och samliv efter förlossningen av barnmorska/läkare vid efterkontrollen, om detta samtal i sådana fall upplevts som tillfredsställande eller om ett sådant samtal hade önskats om de ej fått frågan.

Genomförande av datainsamling

En webbenkät som kvinnorna fick ta del av via sociala medier konstruerades i Google Forms. Enkäten lades ut på författarnas egna facebook-konton och delades därefter vidare av andra personer. Enkäten lades även upp i grupper på facebook som riktar sig till kvinnor, mammor och ämnet så som "Amningshjälpens slutna grupp", "Gravida med BF 2016", "Svensk förening för sexologi", "Sexologisafari", "Pink room", "Honey & the bees", "Liten & stor",

“Mammor i söderort”, etc. och dessutom forum som “Familjeliv” och “Min bebis”. Samma enkät användes till förstföderskor och omföderskor. Tillsammans med enkäten bifogades ett informationsbrev med information kring studien och att all information behandlas anonymt. Detta informationsbrev måste ha lästs och godkänns innan tillgång till enkäten erhöles. Enkäten uppskattades ta 5-10 minuter att genomföra. Webbenkäten lades ut online 2016-09-19 och stängdes 2016-09-26 då tillräckligt med material inhämtats under denna tid.

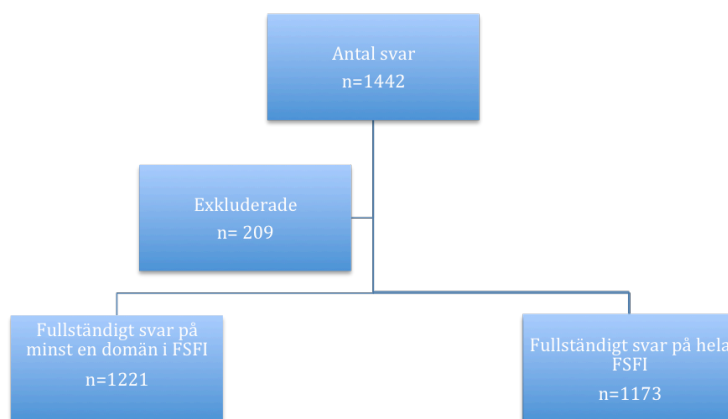
Analys av data

Data överfördes direkt från Google Forms till Excel. De öppna frågorna som besvarats med annat än siffror ändrades manuellt, exempelvis “30 år” till “30” och “1 barn” till “1”. Därefter överfördes datan från Excel till IBM SPSS Statistics version nr 24. Enkäten innehöll både kvantitativa och kvalitativa variabler. Bakgrundsfrågorna bestod av nominala och kvotvariabler. Svartalternativen kodades om till siffror. Frågorna för FSFI lades in som ordinalvariabler med en poängsättning mellan 0 (eller 1) - 5. Nya variabler skapades för varje domän inom FSFI samt för den totala poängen, dessa lades in som “scale” variabler i SPSS. Poäng räknades ut för varje domän och lades därefter ihop, vilket resulterade i en totalpoäng mellan 2-36 (se bilaga 3) (Ryding & Blom, 2015). En totalpoäng på 26,55 har bedömts som det optimala gränsvärdet för diagnostisk klassifikation för att skilja på kvinnor med och utan sexuell dysfunktion (Wiegel, Metson & Rosen, 2005; Ryding & Blom, 2015). I föreliggande studie har en cut off på ≤ 26 använts.

En ny nominalvariabel skapades där kvinnorna delades upp i förstföderskor eller omföderskor. De som svarat att de hade ett barn ingick i gruppen förstföderskor medan de som hade två barn eller fler räknades som omföderskor. Ytterligare två nominala variabler skapades. En variabel för tidsintervall där kvinnorna delades upp utifrån hur lång tid det hade gått sedan förlossningen. Tre grupper ingick vilka var 0-<2 månader, 2-<4 månader och 4-6 månader. Dessutom skapades en variabel för att se vilka kvinnor som varit sexuellt aktiva den senaste månaden. Gruppen delades in i de som inte varit sexuellt aktiva och de som varit det.

Totalt antal besvarade enkäter var 1442. Av dessa exkluderades 209 respondenter på grund av att de hade fött barn för längre än sex månader sedan, nio som inte uppgav hur många barn de hade och tre som var under 18 år. Kvar blev 1221 enkäter. Fyra angav ej hur lång tid det gått

efter deras förlossning, men dessa har räknats med ändå förutom i analysen gällande tidsintervall och FSFI. Internt bortfall finns inom samtliga frågor utom i frågan ”antal barn”. De som svarat “vet ej” (n=8) på frågan om bristning/klipp har exkluderats vid analyser om bristningar/klipp. En respondent uppgav att hon fått tvillingar och räknades som förstföderska. Två extremvärden förekom i frågan “antal barn” där respondenterna svarat “33” samt “25”. Dessa ändrades manuellt till “3” och “2”. För att få en totalpoäng från FSFI måste respondenterna besvarat samtliga av de 19 frågorna i FSFI-enkäten. Det var 48 respondenter som inte hade besvarat alla frågor, således har 1173 svarat och räknats in när medelvärdet för FSFI totalpoäng beräknats. Inom varje domän har samtliga som besvarat frågorna i den domänen ingått i beräkningen. I resultatdelen redovisas bortfallet genom att antalet respondenter som besvarat frågan redovisas vid varje fråga.



Parametriska test användes för att få ut ett medelvärde och p-värde. Sannolikhetsmåttet (p-värde) för en statistisk signifikant skillnad sattes till $p < 0,05$. Medelvärde, standarddeviationen (SD) samt p-värde presenteras i resultatet. Independent-Sample T-test användes vid analys mellan förstföderskor/omföderskor och FSFI. Detta test används när medelvärden mellan två grupper ska jämföras. ANOVA är en variansanalys där medelvärden mellan två eller flera grupper jämförs (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, 2010). Detta användes vid analys mellan bristning/klipp och FSFI samt mellan tidsintervall och FSFI. De kategoriska utfallsvariablerna förstföderskor/omföderskor och bristningar/klipp har analyserats med Chi2 test. Chi2 test är ett icke-parametriskt test som testar om det finns en skillnad i frekvensfördelningen mellan de olika grupperna (a.a).

Forskningsetiska avvägningar

Rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) erhöles 2016-05-24 med diarienummer VEN 44-16. Godkännande från programdirektören Karin Björkman Björklund erhöles 2016-08-22. De forskningsetiska principerna begriplighetskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet har tagits i beaktning (Olsson & Sörensen, 2011). Det var frivilligt att delta i studien genom att de som inte ville besvara enkäten sannolikt heller inte gjorde det. Informationsbrev gällande studiens syfte och information om samtycke till studien i samband med deltagande följde med enkäten och behövde accepteras innan deltagarna fick tillgång till enkäten. Deltagarna blev informerade om att eventuellt avbrytande kunde ske innan enkäten skickades in. Alla deltagare och uppgifter var anonyma. Deltagarnas identiteter skyddades genom att deltagarnas personuppgifter inte inhämtades och att materialet kodades. Författarna hade ingen relation till deltagarna utan de var helt okända och således förelåg ingen beroendeställning. Materialet var lösenordskyddat enligt Google Forms enkät. Då denna studie berör personliga områden om sex- och samliv och kan uppfattas som känsligt fanns författarnas och handledarens kontaktuppgifter tillgängliga. Om deltagarna kände ett behov av vidare information, hade synpunkter på studien eller om studien berört deltagarna kunde de i sådana fall få svar av författarna eller hänvisas vidare till barnmorska/läkare.

Resultat

Demografisk data

Beskrivning av respondenterna (n=1221) visas i tabell 1. Utav samtliga kvinnor var 55,5% förstföderskor och 44,5% omföderskor. Respondenterna var mellan 18-43 år gamla, där den totala medelåldern låg på 29,6 år. Medelvärdet på åldern hos förstföderskorna var 28,69 år och hos omföderskorna var den 30,88 år. Alla respondenter hade genomgått en vaginal förlossning inom sex månader. Förstföderskor hade ett medelvärde på 3,87 månader sedan förlossningen och omföderskor 3,83 månader sedan förlossning. Av respondenterna hade

majoriteten (63,8%) en högskole- eller universitetsutbildning. Det var 224 respondenter som uppgav att de inte hade varit sexuellt aktiva under de senaste fyra veckorna.

Tabell 1. Beskrivning av respondenternas ålder, utbildning, antal barn samt tid sedan förlossning.

Ålder (n=1163)	
18-25	197 (16,9%)
26-30	489 (42,1%)
31-35	355 (30,5%)
36-40	111 (9,6%)
41-45	11 (0,9%)
Utbildning (n=1217)	
Grundskola	48 (3,9%)
Gymnasium	392 (32,2%)
Högskola/Universitet	777 (63,8%)
Antal barn / Paritet (n=1221)	
1	678 (55,5%)
2	390 (31,9%)
3	113 (9,3%)
≥ 4	40 (3,3%)
Förstföderska	678 (55,5%)
Omföderska	543 (44,5%)
Antal månader sedan förlossningen (n=1217)	
<1	16 (1,3%)
1-<2	89 (7,3%)
2-<3	182 (15%)
3-<4	229 (18,9%)
4-<5	228 (18,8%)
5-<6	278 (22,8%)
6	195 (16%)

Sexuell hälsa hos kvinnor, jämförelse mellan förstföderskor och omföderskor samt ur ett tidsperspektiv

Av alla respondenter som besvarat samtliga frågor av FSFI (n=1173) hade 66,4% en totalpoäng ≤ 26 poäng vilket bedöms som sexuell dysfunktion. Den sexuella hälsan, mätt med FSFI, visade ingen signifikant skillnad mellan förstföderskor och omföderskor. Medelvärdet av totalpoängen för FSFI var 19,35 för förstföderskor och 19,76 för omföderskor ($p=0,490$). Signifikant skillnad kunde påvisas i domänerna smärtfri och lust där förstföderskor hade mer

lust än omfödorskor ($p= 0,008$) medan omfödorskor var mer smärtfria än förstfödorskor ($p=0,002$), se tabell 2.

Tabell 2. FSFI redovisat inom varje domän och totalpoäng samt jämförelse mellan förstfödorskor och omfödorskor.

	Total	Förstfödorskor	Omfödorskor	P-värde*
Lust (no)	1219/1221	677	542	0,008
Medelvärde FSFI (SD)	2,63 (1,17)	2,71(1,16)	2,53(1,17)	
Upphetsning (no)	1214/1221	674	540	0,758
Medelvärde FSFI (SD)	3,25(2,06)	3,26(2,02)	3,23(2,12)	
Lubrikation (no)	1208/1221	669	539	0,601
Medelvärde FSFI (SD)	3,40(2,25)	3,37(2,19)	3,43(2,33)	
Tillfredsställelse (no)	1204/1221	670	534	0,795
Medelvärde FSFI (SD)	3,54(1,57)	3,53(1,57)	3,56(1,58)	
Smärtfri (no)	1209/1221	673	536	0,002
Medelvärde FSFI (SD)	3,25(2,36)	3,05(2,27)	3,49(2,45)	
Orgasm (no)	1218/1221	675	543	0,918
Medelvärde FSFI (SD)	3,27(2,24)	3,28(2,21)	3,27(2,28)	
FSFI totalpoäng (no)	1173/1221	651	522	0,490
Medelvärde FSFI (SD)	19,53(10,06)	19,35(9,79)	19,76(10,38)	

* Independent-Sample T-test. P-värde = $<0,05$.

I hela gruppen sågs en förbättring av den sexuella hälsan i relation till hur lång tid som gått efter förlossningen. Bland de som genomgått en vaginal förlossning inom 0-<2 månader var FSFI medelvärdet för sexuell hälsa lägst och låg på 14,15. Resultatet visar ett något högre FSFI medelvärde bland de som genomgått en vaginal förlossning inom 4-6 månader (20,13) än de inom 2-<4 månader (19,87), men ingen signifikant skillnad. En signifikant skillnad

kunde däremot ses mellan grupperna 0-<2 månader och 2-<4 månader samt mellan 0-<2 månader och 4-6 månader, se tabell 3.

Tabell 3. FSFI totalpoäng inom varje tidsintervall.

	No (%)	Medelvärde FSFI (SD)	P-värde*
0-<2 månader	99/1221 (8,5%)	14,15(10,74)	2-<4 månader = <0,001 4-6 månader = <0,001
2-<4 månader	399/1221 (34,1%)	19,87(10,00)	0-<2 månader = <0,001 4-6 månader = 0,91
4-6 månader	671/1221 (57,4%)	20,13(9,76)	0-<2 månader = <0,001 2-<4 månader = 0,91
Total	1169/1221	19,53(10,06)	

* Variansanalys ANOVA. P-värde = <0,05.

Bristning eller klipp påverkan på den sexuella hälsan

Totalt uppgav 71,5% av kvinnorna att de fått en bristning i samband med förlossningen. Fler förstföderskor (n=537) än omföderskor (n=330) hade fått en bristning. Det var 7,7% av respondenterna som hade fått ett klipp utfört vid förlossningen. Det var fler förstföderskor (n=84) än omföderskor (n=10) som fått ett klipp. Andelen kvinnor som fått en bristning, klipp eller inget av någotdera skiljer sig signifikant i grupperna först- och omföderskor (*p<0,001), se tabell 4.

Tabell 4. Förekomst av bristning, klipp och ingen bristning i hela gruppen samt uppdelat mellan förstföderskor respektive omföderskor.

	Bristning (no)	Klipp (no)	Ingen bristning (no)
Förstföderskor (n=673)	537 (61,9%)	84 (89,4%)	52 (20,7%)
Omföderskor (n=539)	330 (38,1%)	10 (10,6%)	199 (79,3%)
Total (n=1212/1221)	867 (71,5%)	94 (7,7%)	251 (20,7%)

*Chi2 test. P-värde = <0,05

Jämförelse mellan de olika domänerna samt totalpoängen för FSFI i relation till bristning/klipp/ingen bristning gjordes. De som klippts hade signifikant lägre poäng inom domänerna lubrikation, tillfredsställelse, smärtfri samt i totalpoängen jämfört med de som inte fått någon bristning eller klipp. De som fått en bristning hade signifikant lägre poäng i domänerna tillfredsställelse, smärtfri och i totalpoängen jämfört med de som inte fått någon bristning eller klipp. Slutligen fanns även en signifikant skillnad i domänen smärtfri där de som klippts hade lägre poäng jämfört med de som fått en bristning.

Tabell 5. Jämförelse mellan bristning, klipp och ingen bristning och poäng på FSFI

Domän	Bristning/Klipp/Ingen bristning(no)	Medelvärde (SD)	Jämförelse-Grupp	P-värde*
Lust (n=1210/1221)	Ingen bristning(251)	2,73(1,26)	Bristning	0,319
	Bristning (865)	2,61(1,15)	Klipp	0,908
	Klipp (94)	2,55(1,13)	Ingen bristning	0,435
Upphetsning (n=1205/1221)	Ingen bristning (250)	3,50(2,06)	Bristning	0,102
	Bristning (861)	3,19(2,06)	Klipp	0,778
	Klipp (94)	3,04(2,08)	Ingen bristning	0,163
Lubrikation (n=1199/1221)	Ingen bristning (249)	3,67(2,30)	Bristning	0,152
	Bristning (856)	3,37(2,22)	Klipp	0,092
	Klipp (94)	2,86(2,27)	Ingen bristning	0,008
Tillfredsställelse (n=1195/1221)	Ingen bristning (249)	3,81(1,62)	Bristning	0,018
	Bristning (855)	3,50(1,54)	Klipp	0,444
	Klipp (91)	3,29(1,63)	Ingen bristning	0,019
Smärtfri (n=1200/1221)	Ingen bristning (248)	3,87(2,38)	Bristning	0,000
	Bristning (859)	3,15(2,32)	Klipp	0,011
	Klipp (93)	2,42(2,28)	Ingen bristning	0,000
Orgasm (n=1209/1221)	Ingen bristning (251)	3,53(2,26)	Bristning	0,149
	Bristning (864)	3,23(2,22)	Klipp	0,731
	Klipp (94)	3,05(2,35)	Ingen	0,176

			bristning	
FSFI totalpoäng (n=1164/1221)	Ingen bristning (243)	21,36(10,43)	Bristning	0,010
	Bristning (831)	19,22(9,87)	Klipp	0,243
	Klipp (90)	17,44(10,11)	Ingen bristning	0,004

* Variansanalys ANOVA. P-värde = <0,05.

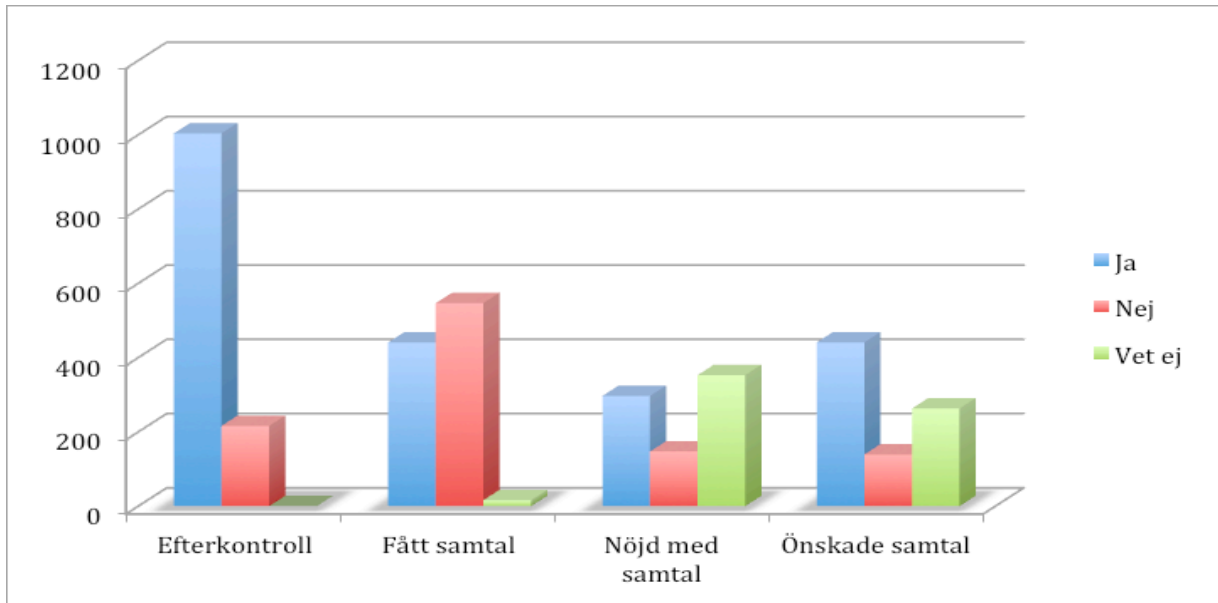
Samtal om sexuell hälsa vid efterkontrollen

Det var totalt 1220/1221 kvinnor som svarade på om de blivit tillfrågade om sitt sex- och samliv av barnmorska/läkare på efterkontrollen. Utav dessa var det 216 respondenter som ej varit på efterkontroll. Av de resterande (n=1004) som hade varit på efterkontroll hade 54,5% (n=547) inte blivit tillfrågade om sitt sex- och samliv medan 43,9% (n=441) hade haft ett sådant samtal. Sexton respondenter svarade "vet ej" på frågan. Kvinnorna tillfrågades om de var tillfredsställda med samtalet om sexuell hälsa vid efterkontrollen. Det var 797 kvinnor som svarade på denna frågan och utav dessa svarade 353 "vet ej" på frågan. Utav de resterande (n=444) var 66,9% (n=297) tillfredsställda med detta samtal medan 33,1% (n=147) inte var det.

Det var 843 kvinnor som svarade på frågan om de hade önskat ett samtal om sexuell hälsa vid efterkontrollen om de inte haft det. Det var 263 respondenter som svarade "vet ej" på frågan. Av de resterande (n=580) hade 76% (n=441) önskat ett sådant samtal medan 24% (n=139) inte gjorde det.

Tabell 6. Respondenter som varit på efterkontroll, fått samtal om sex- och samlivet, varit nöjda med samtalet samt önskade ett sådant

samtal.



Diskussion

Diskussion av vald metod

Om avsikten är att sätta siffror på ett undersökningsmaterial är den kvantitativa metoden att föredra. Den kvantitativa metoden är en lämplig metod för att undersöka specifika förhållanden i en stor grupp (Eliasson, 2013). Utifrån detta kan vald metod anses som ändamålsenlig utifrån studiens syfte.

Vid kvantitativa undersökningar är det viktigt att få in många svar från alla grupper bland de tillfrågade, detta för att sedan kunna uttala sig om hur olika förhållanden är i gruppen. (Eliasson, 2013). Med detta som grund valde författarna att distribuera enkäten på webben och på så sätt nå ut till så många som möjligt. Inom ramen för examensarbetet var målet att inhämta minst 100 besvarade enkäter, 50 förstföderskor och 50 omföderskor. Detta uppnåddes med god marginal då 1221 besvarade enkäter som kunde inkluderas inhämtades. Trots att det fanns tillräckligt med material för att exkludera de som ej svarat fullständigt på samtliga frågor valde författarna att inkludera svaren och istället redovisa kompletta domäner för att utnyttja så mycket av de insamlade material som möjligt. Den stora svarsfrekvensen

och intresset för studien kan ses som en bekräftelse på ämnets relevans och att det finns ett stort behov av att prata om dessa frågor. Faktorer som kan påverka svarsfrekvensen är tid det tar att besvara enkäten, informationsbrevet, antal frågor, layout och frågornas utformning (Eljertsson, 2005). Den stora svarsfrekvensen i föreliggande studie bör ses som en styrka (Trost, 2012; Eliasson, 2013; Eljertsson, 2005).

En fördel med enkätundersökning är att deltagaren som svarar på frågorna självständigt kan skriva sina svar i god tid när hen vill och utan påverkan av andra. En nackdel med enkätundersökning kan vara att den mänskliga kontakten saknas och att risken för missförstånd ökar. Då ämnet i föreliggande studie kan uppfattas som känsligt och intimt kan valet av webbaserad enkät ses som en styrka. En risk vid undersökning via webbenkät är att en och samma person besvarar enkäten flera gånger. Detta hade enligt Eljertsson (2005) kunnat undvikas genom att istället skicka den via mail och märka alla med en ID-kod. Författarna valde dock att inte göra på detta sätt för att nå ut till fler kvinnor och öka urvalet. Det finns även en risk att sanningshalten kan vara påverkad vid webbenkät då vem som helst skulle kunna besvara formuläret. En annan risk är att endast de som har problem väljer att besvara enkäten vilket kan leda till missvisande resultat. En fördel med att använda en webbenkät vid datainsamling är att ett stort geografiskt område inkluderas, dvs kvinnor från hela Sverige kunde delta i studien. Eftersom frågeformuleringarna i enkäten är standardiserade och presenteras på samma sätt för samtliga respondenter har detta bidragit till en förhållandevis lätt tolkning av resultatet (Eljertsson, 2005).

Då studien är gjord med ett bekvämlighetsurval kan författarna omöjligt veta om respondenterna är representativa för populationen. Författarna jämförde studiens demografiska data (ålder, utbildning, antal barn) med Socialstyrelsens (2015) senaste officiella statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn (Socialstyrelsen, 2015). Där kunde följande siffror utläsas (Socialstyrelsens siffror först med föreliggande studies siffror inom parentes): Medelålder totalt: 30,3 år (29,6 år), medelålder förstföderskor: 28,6 år (28,69 år), medelålder omföderskor: 31,7 år (30,88 år), grundskoleutbildning: 11,3% (3,9%), gymnasieutbildning: 36,4% (32,2%), högskole/universitetsutbildning: 52,3% (63,8%), förstföderska/ett barn: 43,1% (55,5%), två barn: 37,4% (31,9%), tre barn: 13,5 (9,3%), fyra eller fler: 5,9 (3,3%), omföderska: 56,8% (44,5%). I föreliggande studie deltog således fler kvinnor med

högskole/universitetsutbildning och fler förstföderskor än omföderskor jämfört med riksgenomsnittet. I och med detta får generalisering av resultatet göras med försiktighet. Däremot har studien ett stort urval vilket ökar chansen till att resultatet är representativt för vald undersökningsgrupp. Då ett validerat och reliabilitetsprövat instrument använts i datainsamlingen bör detta vara en styrka för studien. Därav genomfördes inte heller någon pilotstudie.

Frågornas formulering kan påverka det interna bortfallet (Eljertsson, 2005) och vara en anledning till att det förekommer internt bortfall i alla frågor utom en (antal barn). De eget formulerade bakgrundsfrågorna var både öppna och slutna. Att en del frågor var öppna kan ha lett till att respondenter som föll utanför inklusionskriterierna ändå besvarat enkäten. Hade dessa frågor istället varit slutna tror författarna att det interna bortfallet hade kunnat minska i stor grad. En anledning till att kvinnor som föll utanför inklusionskriterierna besvarat enkäten kan ha berott på att informationsbrevet inte varit tillräckligt tydligt formulerat eller att respondenterna inte läst igenom brevet innan deltagande. En svaghet med formuleringen på frågan "Antal barn via vaginal förlossning" är att kvinnor som genomgått tidigare sectio ändå räknas som förstföderskor då det kan vara annat än fysiologiska faktorer som påverkar den sexuella hälsan postpartum. Fyra kvinnor angav ej hur lång tid det gått sedan deras förlossning men inkluderades ändå i studien då svaren uppfattades som trovärdiga. De har endast inkluderats i gruppresentation och vid jämförelse mellan förstföderskor och omföderskor. Detta kan ses som en nackdel då det finns en risk att dessa kvinnor faller utanför inklusionskriterierna. Författarna utgick ifrån att dessa respondenter har läst och varit införstådda med innehållet i informationsbrevet.

Frågorna som handlar om samtal om sexuell hälsa vid efterkontrollen kan ha varit felformulerade eller missuppfattats. Det var 441 kvinnor som svarat att de blivit tillfrågade om sitt sex- och samliv på efterkontrollen. På följdfrågan "Om ja, var du nöjd med samtalet?" har 797 kvinnor svarat, alltså långt fler än de som borde besvarat frågan. Liknande felaktiga siffror sågs även i den andra följdfrågan "Om nej, hade du önskat ett sådant samtal?". Detta kan beror på hur frågan ställdes och dess svarsalternativ. En ytterligare anledning kan vara brister i enkätens uppbyggnad då respondenter som ej varit aktuella för frågan ändå kunnat haft möjligheten att svara. Respondenter som inte kunnat svara "ja" eller "nej" på dessa två

frågor kan ha svarat “vet ej” istället. Genom att exkludera de som svarat “vet ej” stämmer siffrorna mer överens. Då denna punkt är en viktig frågeställning för uppsatsen anser författarna att resultatet är viktigt att presentera. Frågan “Har du blivit tillfrågad om ditt sex- och samliv efter förlossningen av en barnmorska/läkare vid efterkontrollen?” uppfattas dock ha besvarats korrekt vilket kan ses som positivt då författarna ser det som en viktig fråga.

En svaghet med poängsättningen och bedömning för sexuell dysfunktion är att FSFI innehåller frågor som ger noll poäng till de kvinnor som inte varit sexuellt aktiva. Detta kan göra att kvinnor som inte varit sexuellt aktiva bedöms ha en sexuell dysfunktion (Bohmer, Timm, Ozonoss & Potter, 2012). Bohmer et al. (2012) försökte skapa en alternativ metod för poängräkning men denna kunde ej valideras. Därför valdes Wiegel et al. (2005) poängräkning där sexuell dysfunktion sattes vid ≤ 26 poäng.

Kvinnornas reaktioner

Respondenterna har kunnat kontakta författarna och handledaren för synpunkter, funderingar och kompletterande frågor. Det kan ha funnits fall då detta inte gjorts på grund av att respondenterna önskar vara anonyma. Flertalet mail mottogs och många kvinnor har önskat en fråga kring amning. Andra synpunkter som inkommit handlar om att de saknade frågor kring hur sex- och samlivet var innan förlossningen, att formuläret endast handlar om de senaste fyra veckorna och frågor kring andra faktorer som kan påverka.

Diskussion av framtaget resultat

Sexuell hälsa

Av alla respondenter som besvarat FSFI (n=1173) hade 66,4% en totalpoäng ≤ 26 poäng vilket bedöms som sexuell dysfunktion (Wiegel et al., 2005). Den höga andel kvinnor med sexuell dysfunktion styrks av andra studier (Lurie et al., 2013; Khajehei, Doherty, Tilley & Sauer, 2015). I Khajehei et al. (2015) studie bedömdes 64,3% av kvinnorna ha sexuell dysfunktion, mätt med FSFI, ett år postpartum. I studien av Acele och Karaçam (2011) där sexuella problem första året postpartum studerade sågs att hela 91,3% av kvinnorna hade

sexuella problem av något slag, mätt med Arizona Sexual Experience Scale (ASEX). I deras studie (2011) framkom det även att 38,3% av kvinnorna hade sexuella problem innan graviditeten. Barrett et al. (2000) visade liknande resultat där 38% av kvinnorna hade sexuella problem året innan graviditeten. En svaghet med föreliggande studie är att kvinnornas sexuella hälsa innan förlossningen inte har undersökts. Sexuell dysfunktion kan således redan vara förekommande hos många kvinnor och vara ett kroniskt problem. Oavsett om/hur den sexuella hälsan förändras efter en förlossning är den höga andel kvinnor med sexuell dysfunktion anmärkningsvärt.

En rad olika faktorer kan påverka den sexuella hälsan efter förlossningen såsom eventuell bristning, klipp och hormonella omställningar som uppstår. Det som författarna inte har inkluderat i sin studie och som kan ha en påverkan på den sexuella hälsan är amning. Detta kan ses som en brist då det visat sig att amning kan påverka den sexuella funktionen bland annat genom hormonpåverkan och trötthet hos kvinnan (Khajehei et al., 2015). Amning har visat sig vara signifikant förknippat med dysparenu sex månader efter förlossningen. Detta beror troligtvis på den förändrade hormonella påverkan hos kvinnan som är förenad med minskad libido och vaginal torrhet (Barrett et al., 2000). Det uppstår även psykologiska förändringar i samband med att familjesituationen förändras som kan påverka på den sexuella hälsan. Kvinnan och hennes partner får nya roller som de behöver anpassa sig till. Den sexuella aktiviteten kan påverkas av detta då barnet kommer i fokus och det sexuella förhållandet förbises. Stress, oro, sömnbrist och psykisk ohälsa såsom postpartum depression är något som kan uppstå i samband det nya familjelivet och därmed kan påverka den sexuella hälsan negativt. Efter en förlossning sker även kroppsliga förändringar hos kvinnan vilket skulle kunna leda till en osäkerhet som i sin tur kan påverka hennes sexualitet. God kommunikation och jämställdhet mellan kvinnan och hennes partner bör vara av vikt för att upprätthålla en god sexuell hälsa. Khajehei et al. (2015) studie visade att riskfaktorer för sexuell dysfunktion var låg frekvens av sexuell aktivitet, att inte få ta initiativ till sex, lång väntan till första samlaget postpartum, de första fem månaderna postpartum, depression, förstagångsföderska och att inte vara nöjd med sin relation. Vad som är orsak och verkan är dock svårt att veta. Olsson et al. (2005) beskrev i sin studie att kvinnorna inte kände sig bekväma i sin kropp efter förlossningen och att det nya familjelivet innebar stress och en obalans med partners lust.

Resultatet visar att kvinnorna hade störst problem inom domänerna lust, orgasm, upphetsning och smärtfri. Det finns en möjlighet att de olika domänerna påverkar varandra. En kedjereaktion skulle kunna uppstå då exempelvis dysparenuui skulle kunna påverka de resterande domänerna lust, upphetsning, lubrikation, tillfredsställelse och orgasm. Khajehei et al. (2015) fann i sin studie att kvinnorna hade störst problem inom domänerna lust, orgasm, upphetsning och tillfredsställelse vilket överensstämmer med föreliggande studie. McDonald et al. (2015) studie visade att majoriteten av kvinnorna hade sexuella problem såsom minskad lust, minskad lubrikation, vaginal stramhet och dysparenuui inom 3-6 månader efter förlossningen.

Det totala medelvärdet för FSFI låg på 19,53 och var lägst inom gruppen som förlöst mellan 0-2 månader sedan (16,26) och ökade sedan något men visar fortfarande på sexuell dysfunktion. Att den sexuella hälsan förbättras tidsenligt efter förlossningen kan falla sig naturligt då kroppen hinner läka och familjen hinner anpassa sig till den nya situationen. Liknande resultat kan ses i studien av Lurie et al. (2013) där den sexuella funktionen mätt med FSFI jämfördes vid 6, 12 och 24 veckor postpartum. Den sexuella funktionen förbättrades med tiden och inom domänerna lust, upphetsning, lubrikation, orgasm och tillfredsställelse sågs en förbättring samtidigt som dysparenuin minskade. Även Barrett et al. (2000) fann i sin studie att problem som dysparenuui, minskad vaginal lubrikation och minskad lust ökade signifikant de tre första månaderna postpartum för att därefter gradvis bli bättre vid sex månader. Detta stämmer väl överens med föreliggande studie.

Det var 81,7% av kvinnorna i föreliggande studie som uppgav att de varit sexuellt aktiva de sista fyra veckorna. Liknande resultat har Barrett et al. (2000) studie fått där 89% av respondenterna hade varit sexuellt aktiva inom sex månader efter förlossningen. Anledningar till att kvinnor inte hade varit sexuellt aktiva efter förlossningen var bland annat ingen partner, trötthet/energilös, fysiska problem så som ej läkt perineum, saknad av libido, behov av preventivmedel, känsla av att vara oattraktiv inför sin partner och sjuk eller bortrest partner (Barrett et al., 2000). Författarna är medvetna om att tidsperioden som studerades är relativt nära inpå förlossningen. Vald tidsram sattes både med stöd från litteraturen, att kvinnorna ofta återupptagit sitt sex- och samliv inom 6 månader efter förlossningen (Von Sydow, 1998; Barret et al., 2000; McDonald et al., 2015), och inom ramen för examensarbetet.

Jämförelse mellan förstföderskor och omföderskor

Grupperna förstföderska och omföderska bedöms vara likvärdiga och jämförbara. Vid jämförelse mellan omföderskor och förstföderskor sågs en signifikant skillnad inom domänerna lust och smärtfri, där förstföderskor hade mer lust men också ökad dysparenu. Förstföderskor hade något lägre totalpoäng på FSFI än omföderskor men ingen signifikant skillnad. Att vara förstföderska innebär enligt Khajehei et al. (2015) en riskfaktor i sig till att drabbas av sexuell dysfunktion. Liknande resultat visade Thompson, Roberts, Currie, Ellwood (2002) där förstföderskor uppgav att de hade mer problem med sin sexuella hälsa jämfört med omföderskor bland annat på grund av dysparenu. Barret et al. (2000) menar att dysparenu, ökar efter en förlossning. Faktorer som påverkar är förlossningssätt, skada på perineum och förekomst av dysparenu innan graviditet. I föreliggande studie hade signifikant fler förstföderskor än omföderskor fått en bristning eller ett klipp vid förlossningen. Liknande fördelning har även visats i en studie av Rathfisch et al. (2010). Detta kan således vara en förklaring till att fler förstföderskor än omföderskor rapporterar dysparenu. Att ha nedsatt lust efter att ha fått barn är vanligt hos kvinnor, en anledning är trötthet och att känna att det är fullt upp med att förstå barnets signaler och behov. Sömn får helt enkelt en högre prioritering än vad sex får (Ahlborg et al., 2005; Olsson et al., 2005). Detta kan stödja resultatet där förstföderskor känner mer lust än omföderskor då omföderskor har mer än ett barn att ta hand om.

Sexuell hälsa efter bristning eller klipp

Studien visar att förekomst av bristning eller klipp i samband med förlossningen har en negativ påverkan på den sexuella hälsan postpartum. Liknande resultat visas i andra studier (Rathfisch et al., 2010; Signorello, Harlow, Chekos & Repke, 2001). I föreliggande studie hade de som inte fått någon bristning under förlossningen signifikant högre poäng inom domänerna lubrikation, tillfredsställelse, smärtfri samt i totalpoängen av FSFI. Att ha en bättre sexuell hälsa postpartum vid intakt perineum överensstämmer med Signorello et als. (2001) studie. Där rapporterade de att kvinnor med ett intakt perineum efter förlossningen hade högre sexuell tillfredsställelse inom alla uppmätta områden postpartum jämfört med de som fått bristning eller klipp. Samma resultat visas även i Rathfisch et al. (2010) studie som dessutom såg att de kvinnor med intakt perineum efter förlossning hade bättre sexuell tillfredsställelse och snabbare återupptog sitt sexuella umgänge postpartum. Föreliggande

studie visar endast en signifikant skillnad i domänen smärtfri vid jämförelse mellan bristningar och klipp. Kvinnor som fått ett klipp hade mer dysparenuui än de med endast bristning. Trots att förekomsten av klipp i Sverige är lägre än i andra delar av världen (Karlsson, 2008) stämmer detta överens med tidigare studier. Rathfisch et al. (2010) studie visar att de kvinnor som fått spontana bristningar upplevde mindre dysparenuui än de som klipps. Förebyggande arbete mot bristningar och att klipp görs restriktivt i samband med förlossningen bör därför kunna förbättra kvinnors sexuella hälsa postpartum. Det ingick inte i studien hur bristningen graderas. Det är möjligt att det kan finnas ett samband mellan hög bristningsgrad och sämre sexuell hälsa. Sayed Ahmed et al. (2016) visade att kvinnor som fått en III:e eller IV:e gradens bristning hade lägre poäng på FSFI än de kvinnor som fått en första gradens bristning eller klipp. Det förekommer även studier som visar att sexuell dysfunktion inte är beroende på klipp eller bristning (Acele & Karaçam, 2011; Lurie et al., 2013).

Samtal om sexuell hälsa vid efterkontrollen

Av kvinnorna i studien som varit på efterkontroll hade 54,5% inte blivit tillfrågade om sitt sex- och samliv. Detta överensstämmer med McDonald et al. (2015) studie som visar att sexuella problem sällan diskuteras vid efterkontrollen om kvinnorna inte själva tar upp ämnet. Även Barret et al. (2000) studie visar att samtal kring sexuell hälsa inte tas upp på efterkontrollen i den utsträckning som kvinnorna önskar, utan fokus ligger på preventivmedel. I Khajehei et al. (2015) studie var det 88,9% av kvinnor med sexuella problem postpartum som inte hade pratat med någon inom vården om detta. Anledningar till att samtalet inte förs menar författarna till föreliggande studie kan bero på att kvinnan inte återupptagit sitt sex- och samliv vid tidpunkten för efterkontrollen. Det kanske därför inte känns aktuellt att prata om det. En annan anledning skulle kunna vara att barnmorskan inte har tillräckligt med kunskap inom ämnet och känner sig osäker i dessa samtal. Det skulle även kunna bero på en traditionell syn om att kvinnors sexuella hälsa inte är viktig och speciellt inte efter en förlossning och att ha blivit förälder. Khajehei et al. (2015) studie visar att tänkbara orsaker till att samtalet inte förs är blyghet, för lite kunskaper i ämnet, tidsbrist och kulturella aspekter. O'Malley et al. (2015) menar att om barnmorskan har för knapphändiga kunskaper inom ämnet och därför sällan tar upp sexuell hälsa postpartum är det viktigt med utbildning inom yrkeskåren. Författarna menar att om barnmorskan inte tar upp kvinnans sexuella hälsa efter förlossningen utan bara samtal om preventivmedel finns det en risk att kvinnan känner

sig unik i sina problem och inte själv vågar ta upp dem. I studien av Olsson et al. (2005) önskade kvinnorna att barnmorskan på efterkontrollen skulle prata mer om kroppens återbildning till det normala och lägga större vikt vid samtal kring sexuell lust än preventivmedelsrådgivning. Författarna menar att barnmorskan kan öppna upp för ett samtal om sexuell hälsa, informera och förbereda kvinnan på eventuella förändringar och erbjuda henne vidare hjälp och rådgivning. Samtal om sexuell hälsa kan upplevas känsligt och intimt och det är viktigt att barnmorskan skapar en trygghet och tillit i mötet med kvinnan. Genom att ha Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) tidigare nämnda faktorer om barnmorskans professionalism i åtanke under arbetet kan barnmorskan ge hjälp, rådgivning, vägledning och stöttning till kvinnor med sexuell dysfunktion. Barnmorskan kan på så sätt bidra till en förbättrad sexuell hälsa hos kvinnan.

Konklusion och implikationer

Denna studie visar att sexuell dysfunktion var vanligt hos kvinnor inom sex månader postpartum. Den största skillnaden mellan förstföderskor och omföderskor låg i domänerna lust och smärtfri. Både bristning och klipp hade en negativ påverkan på den sexuella hälsan med ökad dyspareuni, brist på lubrikation och minskad tillfredsställelse. Detta belyser hur viktigt det är att arbeta förebyggande mot bristningar. Det stora gensvaret i antalet inskickade enkäter visar hur viktig kvinnans sexuella hälsa är och att det finns ett stort intresse i att lyfta dessa frågor. Samtalen mellan vårdpersonal och kvinnor med sexuella problem postpartum är bristfälliga. Detta är viktigt att uppmärksamma. Att kunna föra ett samtal med kvinnan innan förlossningen om den sexuella hälsan och då förbereda kvinnan på en eventuell förändring närmsta tiden postpartum är viktig information som barnmorskor bör ge. Ökad forskning inom området skulle kunna leda till att barnmorskor och andra som arbetar inom området uppmärksammar ämnet och ger optimal vård, information och rådgivning.

Förslag på vidare studier är längre tidsperspektiv än sex månader, inkludera förlossningssätt (instrumentell, kejsarsnitt), amning, bristningsgrad och att göra en intervjustudie för att få en mer djupgående förståelse om vilka sexuella problem kvinnor kan uppleva efter förlossning.

Referenser

Acele, E. Ö., & Karaçam, Z. (2012). Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(7/8), 929-937.

doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03882.x

Ahlborg, T., Dahlöf, L., & Hallberg, R. (2005). Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 167–174.

Ahlborg, T., & Strandmark, M. (2001). The baby was the focus of attention – first-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 15(4), 318-325. doi:10.1046/j.1471-6712.2001.00035.x

Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., & Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology Volume 107, Issue 2, pages 186–195, February 2000*. doi:10.1111/j.1471-0528.2000.tb11689.x

Boehmer, U., Timm, A., Ozonoff, A., & Potter, J. (2012). Applying the Female Sexual Functioning Index to Sexual Minority Women. *Journal Of Women's Health (15409996)*, 21(4), 401-409. doi:10.1089/jwh.2011.3072

Djurfeldt, G., Larsson, R., & Stjärnhagen, O. (2010). *Statistisk verktygslåda 1 - samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur

Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25(4), 806-817. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x

- Hildingson, I. (2016). Mödrahälsovården. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, AK. (2016). *Reproduktiv hälsa : barnmorskans kompetensområde* (pp. 273-284). Lund: Studentlitteratur.
- Isidori, A-M., Pozza, C., Esposito, K., Giugliano, D., Morano, S., Vignozzi, L., Corona, G., Lenzi, A. & Jannini, E. (2010). Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 2010;7:1139–1146. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01635.x
- Karlsson, T. (2008). *Att föda som en man*. Normad Förlag: Stockholm
- Khajehei, M., Doherty, M., Tilley, P.J.M. & Sauer, K. (2015). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *Journal of Sexual Medicine*. 2015 Jun;12(6):1415-26. doi: 10.1111/jsm.12901.
- Leeman, L., & Rogers, R. (2012). Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstetrics & Gynecology*, 119(3), 647-655.
- Lurie, S., Aizenberg, M., Sulema, V., Boaz, M., Kovo, M., Golan, A., & Sadan, O. (2013). Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Archives Of Gynecology & Obstetrics*, 288(4), 785-792. doi:10.1007/s00404-013-2846-4
- McDonald, E., Woolhouse, H., & Brown, S. J. (2015). Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 42(4), 354-361.
- Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., & Nissen, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 19(4), 381-387.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Stockholm: Liber.
- O'Malley, D., Higgins, A., & Smith, V. (2015). Postpartum sexual health: a principle-based concept analysis. *Journal Of Advanced Nursing*, 71(10), 2247-2257. doi:10.1111/jan.12692

Polit, D. & Beck, C. (2010). *Nursing Research - Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

Rathfisch, G., Dikencik, B. K., Kizilkaya Beji, N., Comert, N., Tekirdag, A. I., & Kadioglu, A. (2010). Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(12), 2640-2649. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05428.x

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D. & D'Agostino Jr, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208.

Ryding, E-L. & Blom, C. (2015). Validation of the Swedish Version of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 2015 Feb;12(2):341-9. doi: 10.1111/jsm.12778. Epub 2014 Dec 9.

Sayed Ahmed, W.A., Kishk, E.A., Farhan, R.I. & Khamees, R. (2016). Female sexual function following different degrees of perineal tears. *International Urogynecol Journal*, 2016 Dec 6. doi:10.1007/s00192-016-3210-6

Signorello, L., Harlow, B., Chekos, A. & Repke, J., (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001;184:881-890

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Från: <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf> 21 march 2016

Socialstyrelsen (2015). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973-2014. Assisterad befruktning 1991-2013*. Från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20009/2015-12-27.pdf> 20 december 2016 samt 6 december 2017

Statens folkhälsoinstitut (2012). *Sex, hälsa och välbefinnande*. Mölnlycke: Elanders Sverige AB. Från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12779/R2012-01-Sex-halsa-och-valbefinnande.pdf> 18 december 2016

Thompson, J., Roberts, C., Currie, M., & Ellwood, D. (2002). Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 29(2), 83-94.

Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur

Von Sydow, K. (1998). Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999 Jul;47(1):27-49.

WHO. (2016). *Sexual health*. Från: http://www.who.int/topics/sexual_health/en/ 23 february 2016

Wiegel, M., Meston, C. & Rosen, R. (2005). The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31:1–20. DOI: 10.1080/00926230590475206

Arbetsfördelning.

Båda författarna har på ett likvärdigt sätt bidragit till samtliga delar av studien. Författarna har tillsammans utfört samtliga analyser och utformat studiens helhet. Författarna godkänner och tar ansvar för studien.

Bilaga 1 (3)

s sexuella funktion efter vaginal förlossning

frågor

frågor handlar om dig och din senaste förlossning.

1. Är du?

2. Din högsta avslutade utbildning?

Grundskola

Gymnasium

Högskola/Universitet

3. Var har du fött genom vaginal förlossning? (inkludera inte kejsarsnitt)
a) r)

4. Hur många månader sedan var din senaste förlossning?

5. Har du någon bristning eller klipp och blivit sydd under din senaste förlossning?

Ja, bristning

Ja, klipp

Nej

Vet ej

Är du tillfrågad om ditt sex- och samliv efter förlossningen av en barnmorska/läkare vid
en?

Ja

Nej

Vet ej

Har ej gått på efterkontroll

Är du nöjd med detta samtal som tillfredställande?

Ja

Nej

Vet ej

Är du önskat ett sådant samtal?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Sexual Function Index (FSFI)

Frågorna handlar om dina sexuella känslor och reaktioner under de senaste fyra veckorna.

Besvara följande frågor så ärligt och tydligt som möjligt. Dina svar kommer att hållas konfidentiella. Vid besvarandet av frågorna gäller följande definitioner:

Sexuell aktivitet kan omfatta smekningar, onani, förspel eller vaginalt samlag.

Sexuell penetrering definieras som penetration (intrång i) slidan med penis.

Sexuell stimulering omfattar situationer som förspel med en partner, onani eller sexuell fantasi.

Sexuellt intresse eller sexuellt intresse är en känsla som omfattar lusten att ha en sexuell upplevelse,

att vara mottaglig för en partners sexuella initiativtagande, samt tankar och fantasier om samlag.

Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har du känt sexuell lust eller sexuell intresse?

- Nästan alltid eller alltid
- Större delen av (mer än halva) tiden
- Delar av (ungefär halva) tiden
- Några gånger (mindre än halva tiden)
- Nästan aldrig eller aldrig

naste fyra veckorna, hur skulle du bedöma din nivå (grad) av sexuell lust eller
älsse?

Mycket hög

Hög

Måttlig

Låg

Mycket låg eller ingen alls

**hetsning är en känsla som innebär både fysiska och mentala aspekter. Det kan
involverar av värme eller pirrande i könsorgan, fuktighet eller
mandragningar.**

naste fyra veckorna, hur ofta har du känt dig sexuellt upphetsad (“kåt”) vid sexuell
r samlag?

Ingen sexuell aktivitet

Nästan alltid eller alltid

Mer än hälften av gångerna

Ungefär hälften av gångerna

Mindre än hälften av gångerna

Nästan aldrig eller aldrig

naste fyra veckorna, hur skulle du bedöma din nivå (grad) av sexuell upphetsning vid ritet eller samlag?

Ingen sexuell aktivitet

Mycket hög

Hög

Måttlig

Låg

Mycket låg eller ingen alls

naste fyra veckorna, hur säker var du på att bli sexuellt upphetsad vid sexuell r samlag?

Ingen sexuell aktivitet

Väldigt säker

Mycket säker

Måttligt säker

Ganska osäker

Mycket osäker eller fullständigt osäker

na tid, hur ofta har du varit tillfredsställd med din känsla av upphetsning vid sexuell
r samlag?

Ingen sexuell aktivitet

Nästan alltid eller alltid

Mer än hälften av gångerna

Ungefär hälften av gångerna

Mindre än hälften av gångerna

Nästan aldrig eller aldrig

naste fyra veckorna, hur ofta har du blivit fuktig (“våt”) vid sexuell aktivitet eller

Ingen sexuell aktivitet

Nästan alltid eller alltid

Mer än hälften av gångerna

Ungefär hälften av gångerna

Mindre än hälften av gångerna

Nästan aldrig eller aldrig

naste fyra veckorna, hur svårt har det varit att bli fuktig (“våt”) vid sexuell aktivitet
?

Ingen sexuell aktivitet

Extremt svårt eller omöjligt

Mycket svårt

Svårt

Lite svårt

Inte svårt

naste fyra veckorna, hur ofta har du bibehållit din fuktighet till dess att sexuell
r samlag har fullbordats?

Ingen sexuell aktivitet

Nästan alltid eller alltid

Mer än hälften av gångerna

Ungefär hälften av gångerna

Mindre än hälften av gångerna

Nästan aldrig eller aldrig

De senaste fyra veckorna, hur svårt har det varit att bibehålla din fuktighet till dess att du har samlag eller samlag har fullbordats?

Ingen sexuell aktivitet

Extremt svårt eller omöjligt

Mycket svårt

Svårt

Lite svårt

Inte svårt

De senaste fyra veckorna, hur ofta har du fått orgasm genom sexuell stimulans eller samlag?

Ingen sexuell aktivitet

Nästan alltid eller alltid

Mer än hälften av gångerna

Ungefär hälften av gångerna

Mindre än hälften av gångerna

Nästan aldrig eller aldrig

De senaste fyra veckorna, hur svårt har det varit att få orgasm genom sexuell stimulans

?

Ingen sexuell aktivitet

Extremt svårt eller omöjligt

Mycket svårt

Svårt

Lite svårt

Inte svårt

De senaste fyra veckorna, hur tillfredsställd har du varit med din förmåga att få orgasm
med stimulans eller samlag?

Ingen sexuell aktivitet

Mycket tillfredsställd

Måttligt tillfredsställd

Lika tillfredsställd som otillfredsställd

Något otillfredsställd

Mycket otillfredsställd

De senaste fyra veckorna, hur tillfredsställd har du varit med den känslomässiga närheten
och din partner vid sexuell aktivitet?

Ingen sexuell aktivitet

- Mycket tillfredsställd
- Måttligt tillfredsställd
- Lika tillfredsställd som otillfredsställd
- Något otillfredsställd
- Mycket otillfredsställd

naste fyra veckorna, hur tillfredsställd har du varit med ditt sexuella förhållande med

- Mycket tillfredsställd
- Måttligt tillfredsställd
- Lika tillfredsställd som otillfredsställd
- Något otillfredsställd
- Mycket otillfredsställd

naste fyra veckorna, hur tillfredsställd har du varit med ditt sexliv i allmänhet?

- Mycket tillfredsställd
- Måttligt tillfredsställd
- Lika tillfredsställd som otillfredsställd
- Något otillfredsställd

Mycket otillfredsställd

De senaste fyra veckorna, hur ofta har du upplevt obehag eller smärta vid vaginalt samlag?

Inga försök till samlag

Nästan alltid eller alltid

Mer än hälften av gångerna

Ungefär hälften av gångerna

Mindre än hälften av gångerna

Nästan aldrig eller aldrig

De senaste fyra veckorna, hur ofta har du upplevt obehag eller smärta efter vaginalt

Inga försök till samlag

Nästan alltid eller alltid

Mer än hälften av gångerna

Ungefär hälften av gångerna

Mindre än hälften av gångerna

Nästan aldrig eller aldrig

nästa fyra veckorna, hur skulle du bedöma din nivå (grad) av obehag eller smärta vid vaginalt samlag?

Inga försök till samlag

Mycket hög

Hög

Måttlig

Låg

Mycket låg eller ingen alls

Bottom of Form

Bilaga 2 (3)

Female Sexual Function Index (FSFI)

Identifier _____
Date _____

INSTRUCTIONS: These questions ask about your sexual feelings and responses past 4 weeks. Please answer the following questions as honestly and as possible. Your responses will be kept completely confidential. In these questions the following definitions apply:

Stimulation can include caressing, foreplay, masturbation and vaginal intercourse.

Vaginal intercourse is defined as penile penetration (entry) of the vagina.

Masturbation includes situations like foreplay with a partner, self-stimulation (alone or with a partner), or sexual fantasy.

ONLY ONE BOX PER QUESTION.

Sexual desire or interest is a feeling that includes wanting to have a sexual relationship, feeling receptive to a partner's sexual initiation, and thinking or fantasizing about having sex.

In the past 4 weeks, how **often** did you feel sexual desire or interest?

- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

In the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of sexual desire or interest?

- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

Sexual arousal is a feeling that includes both physical and mental aspects of sexual desire. It may include feelings of warmth or tingling in the genitals, lubrication or muscle contractions.

In the past 4 weeks, how **often** did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

In the past 4 weeks, how would you rate your **level** of sexual arousal ("turning on" during sexual activity or intercourse)?

- No sexual activity
- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

In the past 4 weeks, how **confident** were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very high confidence
- High confidence
- Moderate confidence
- Low confidence
- Very low or no confidence

In the past 4 weeks, how **often** have you been satisfied with your arousal (turning on) during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

In the past 4 weeks, how **often** did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

In the past 4 weeks, how **difficult** was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

In the past 4 weeks, how often did you **maintain** your lubrication ("wetness") during the completion of sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

he past 4 weeks, how **difficult** was it to maintain your lubrication
ess") until completion of sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

he past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how
did you reach orgasm (climax)?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

he past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how
It was it for you to reach orgasm (climax)?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

he past 4 weeks, how **satisfied** were you with your ability to reach orgasm

c) during sexual activity or intercourse?

No sexual activity Very
satisfied Moderately
satisfied
About equally satisfied and dissatisfied
Moderately dissatisfied
Very dissatisfied

In the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with the amount of
emotional closeness during sexual activity between you and your partner?

No sexual activity Very
satisfied Moderately
satisfied
About equally satisfied and dissatisfied
Moderately dissatisfied
Very dissatisfied