



Kvinnors sexuella hälsa efter vaginal förlossning.

- En enkätstudie om sexuell hälsa 6-24 månader postpartum.

Författare: Julia Beckman och Karolina Larsson.

Handledare: Eva Persson.

Magisteruppsats
Hösten 2017

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

Kvinnors sexuella hälsa efter vaginal förlossning.

- En enkätstudie om sexuell hälsa 6-24 månader postpartum.

Författare: Julia Beckman och Karolina Larsson.

Handledare: Eva Persson.

Magisteruppsats
Hösten 2017

Abstrakt

Bakgrund: Ett vanligt förekommande problem postpartum är att kvinnors sexuella hälsa försämras. Vid eftervårdsbesöket hos barnmorskan uppmärksammas inte detta tillräckligt. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka kvinnors sexuella hälsa mätt med instrumentet Female Sexual Function Index (FSFI), 6-24 månader efter vaginal förlossning samt att undersöka om det finns skillnader med avseende på paritet, samlagssmärta innan förlossning, bristning, episiotomi, instrumentell förlossning och amning. Syftet var också att undersöka hur stor andel av kvinnorna som blir tillfrågade om sexuell hälsa vid eftervårdsbesöket hos barnmorskan. **Metod:** En kvantitativ tvärsnittsstudie med internetbaserade enkäter tillämpades. Den svenska validerade versionen av Female Sexual Function Index, FSFI, användes samt tillägg av egenformulerade frågor. **Resultat:** Sannolikheten för sexuell dysfunktion ökade efter vaginal förlossning. Samlagssmärta innan förlossning, bristning och amning var faktorer som ökade sannolikheten. Endast en fjärdedel av kvinnorna hade ett samtal kring sitt sexualliv vid eftervårdsbesöket. **Slutsats:** Det krävs mer forskning, utbildning och kunskap kring sexuell hälsa postpartum.

Nyckelord

Amning, barnmorska, bristning, eftervårdsbesök, FSFI, samlagssmärta, sexuell dysfunktion, Sexuell hälsa, vaginal förlossning,

Lunds universitet
Medicinska Fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Bakgrund	4
Sexuell hälsa	4
Bristning i samband med förlossning och dyspareuni	5
Faktorer under förlossning som kan leda till dyspareuni och perineal smärta.	6
Amningens påverkan på sexuell hälsa	6
Barnmorskans roll	7
Syfte	8
Specifika frågeställningar	8
Metod	9
Urval	9
Instrument	9
Datainsamling	10
Analys av data	10
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	12
Bakgrundsvariabler	12
Sexuell hälsa och paritet	14
Sexuell hälsa i relation till instrumentell förlossning och episiotomi	15
Sexuell hälsa relaterat till samlagssmärta innan förlossning, bristning och amning	15
Sexuell hälsa och tid efter förlossning	16
Domänerna i FSFI relaterat till bristning och amning	17
Eftervårdsbesök och samtal om sexuell hälsa	17
Diskussion	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
Konklusion och implikationer	24
Referenser	25
Bilagor	28
Bilaga 1	28
Bilaga 2	30
Bilaga 3	38

Introduktion

Att bilda familj är oftast en positiv och glädjefylld händelse i livet, men innebär även en stor förändring för paret. Att vara gravid och att föda barn påverkar kvinnan fysiskt, psykiskt, socialt, hormonellt och kulturellt vilket kan leda till en påverkan på sexualitet och därför också på livskvalitet. Det i sin tur kan komma att inverka på paret's sexuella relation (Johnson, 2011; Abdool, Thakar & Sultan, 2009). Forskning kring tiden efter förlossning har framförallt inriktat sig på postpartumdepression och urininkontinens medan litet intresse har visats för kvinnans sexuella funktion (Rogers, Borders, Leeman & Albers, 2009).

I arbetet med sexuell hälsa har barnmorskan en viktig roll då hon ska ha kunskap om faktorer som påverkar sexualitet och samlevnad i ett genus- och livscykelperspektiv. Barnmorskan ska även kunna ge information och undervisning om detta (Socialstyrelsen, 2006). Då sexuell hälsa är mycket viktigt för både kvinnans välmående och relationen till partner och barn finns ett stort behov av fortsatt forskning kring faktorer som påverkar kvinnors sexuella hälsa efter vaginal förlossning.

Bakgrund

Sexuell hälsa

Sexuell hälsa är enligt World Health Organisation (WHO) ett tillstånd av fysiskt, socialt, emotionellt och psykiskt välbefinnande relaterat till sexualitet, inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Det handlar om livskvalitet, personliga relationer, rådgivning och hälsovård (World Health Organization, 2017). Rogers et al. (2009) visade att barnafödande innebär flera olika förändringar för en nybliven moder. Många kvinnor upplever trötthet, perineal smärta, urininkontinens, depression och förändringar gällande den sexuella funktionen. Flertalet studier visar att det finns stora problem gällande kvinnans sexualliv postpartum (Rogers et al., 2009; Abdool et al., 2009; Andrews, Thakar, Sultan & Jones, 2008; Barrett et al., 2000; Glazener, 1997; Johnson, 2011; Signorello, Harlow, Chekos & Repke, 2001).

Trots att det finns sparsamt med studier kring sexuell hälsa efter barnafödande visar de studier som finns en påverkan på den sexuella hälsan dels i en minskad frekvens av samlag och lust hos

kvinnan och dels i form av perineal smärta och dyspareuni (Signorello et al., 2001; Johnson, 2011). Enligt Abdool et al. (2009) var dyspareuni, återkommande och kvarstående vaginal smärta associerat till samlag, det som var mest påtagligt efter vaginal förlossning. I en studie av Andrews et al. (2008) framkom det att smärtan kunde påverka både relationen till partnern och även anknytningen till det nyfödda barnet. Forskning visar att 6 månader efter förlossning har nästan alla kvinnor (89-92 %) tagit upp sitt sexualliv (Signorello et al., 2001; Johnson, 2011). I Barrett et al.s (2000) studie bestod urvalet av 796 kvinnor som hade blivit förlösta på ett sjukhus i London. Resultatet från studien visade att av de kvinnor som hade haft samlag 6 månader postpartum var det 67 % som uttryckte en minskad frekvens av samlag jämfört med innan graviditet. De faktorer som inverkade på om kvinnor 6 månader postpartum hade haft samlag var trötthet/brist på energi, fysiska problem som t.ex. att perineum inte läkt, behov av antikonception och att de kände sig oattraktiva gentemot sin partner samt minskad sexuell lust. Abdool et al. (2009) visade att 9 % av kvinnorna ett år före graviditet hade haft minskad sexuell lust jämfört med tidigare i livet. Tre månader efter förlossning var det 53 % som hade minskad sexuell lust och 6 månader efter var det 37 % av kvinnorna. I Barrett et al.s (2000) studie rapporterade 62 % av kvinnorna, 3 månader efter förlossning, att de upplevde dyspareuni jämfört med 12 % som hade upplevt detta före graviditet. Sex månader postpartum låg siffran på 31 %.

Bristning i samband med förlossning och dyspareuni

Efter förlossning är sexuell smärta det vanligaste förekommande problemet som drabbar kvinnor. Dessa sexuella problem innefattar dyspareuni, vaginism eller andra sexuella smärtproblem (Abdool et al., 2009). Med vaginism menas återkommande och kvarstående, ofrivillig spasm i nedre delen av musklerna i vagina som hindrar penetration av vagina och leder till obehag. Andra sexuella problem som kan påverka samlivet är återkommande eller kvarstående genital smärta som induceras utan penetrerande sexuell stimulering, vilket även kan inkludera anatomiska eller inflammatoriska åkommor (a.a.).

Bristningar är nära kopplat till förekomst av dyspareuni. Dyspareuni påverkar viljan till att ha samlag med sin partner. De kvinnor som under förlossning inte ådrar sig någon bristning rapporterar ett bättre sexualliv jämfört med de som fått någon bristning (Abdool et al., 2009). Signorello et al. (2001) har i sin studie visat en koppling mellan bristning och ålder. Kvinnor under 25 år drabbades i lägre grad av bristning jämfört med äldre kvinnor. Det framkom även att

de kvinnor som var över 25 år och hade haft dyspareuni före graviditet hade dubbelt så stor risk jämfört med de som inte upplevt dyspareuni före graviditet att uppleva detta även efter förlossning. Majoriteten av kvinnorna rapporterade smärta vid första samlaget efter förlossning. De kvinnor som hade intakt perineum efter förlossningen uttryckte denna smärta som mild medan de med bristning uttryckte svår smärta.

Faktorer under förlossning som kan leda till dyspareuni och perineal smärta.

Episiotomi och instrumentell förlossning är vanliga faktorer till perineal smärta och dyspareuni postpartum (Abdool et al., 2009; Barrett et al., 2000). I studien av Abdool et al. (2009) visades att 6 månader postpartum var de kvinnor som blivit förlösta genom instrumentell förlossning mer benägna att rapportera dyspareuni jämfört med de kvinnor som inte genomgått en instrumentell förlossning. Barrett et al. (2000) visade att förstföderskor löpte högre risk för episiotomi och instrumentell förlossning jämfört med omföderskor och därmed även högre risk för mer perineal smärta och dyspareuni. I studien av Signorello et al. (2001) spelade instrumentell förlossning större roll för förekomsten av dyspareuni efter 6 månader än vad grad av bristning gjorde. Andrews et al. (2008) visade i sin studie att spontana bristningar gav mindre smärta postpartum jämfört med episiotomi upp till 6 månader postpartum. I studien av Signorello et al. (2001) sågs graden av bristning påverka den rapporterade förekomsten av dyspareuni 3 och 6 månader postpartum. Det var 53 % av kvinnorna som rapporterade att de ofta upplevde smärta vid samlag. Sex månader postpartum hade många kvinnors dyspareuni blivit bättre men 22 % rapporterade fortfarande det som ett problem vid varje samlag. Oberoende om kvinnan erhållit bristning eller inte vid förlossning rapporterades en försämring av den sexuella känslan, sexuella tillfredsställelsen och sannolikheten för orgasm efter förlossning jämfört med före graviditet. Abdool et al. (2009) rapporterade att kvinnor med en intakt perineum upplevde en bättre sexuell funktion i form av känsel, tillfredsställelse och sannolikhet för orgasm jämfört med kvinnor som drabbats av bristning.

Amningens påverkan på sexuell hälsa

Studier visar att ammande kvinnor i högre grad rapporterar mindre sexuell lust (Abdool et al., 2009; Glazener, 1997). Anledningen var att kvinnorna kände sig trötta då de la mycket tid och energi på amningen eftersom denna uppgift inte kunde lämnas över till partnern (Glazener, 1997). De kände sig dessutom fysiskt oattraktiva och upplevde att bröstet nu tillhörde barnet.

Vid amning uppstod en hormonell påverkan i form av att östrogen och progesteron sjönk och att prolaktin ökade. Ökningen av prolaktin ledde till torra vaginalslemhinnor (Barrett et al., 2000; Johnson, 2011; Signorello et al., 2001). Detta var något Barrett et al. (2000) och Johnson (2011) kunde koppla till dyspareuni och förlust av libido postpartum vilket sågs som en av anledningarna till att paret väntade med samlag. Signorello et al. (2001) visade att både 3 och 6 månader postpartum utgjorde amning den största riskfaktorn för dyspareuni. Johnson (2011) menade att med tanke på den hormonella påverkan är det av stor vikt att paret informeras om att använda glidmedel vid samlag för att förebygga torra slemhinnor.

Barnmorskans roll

Redan 1997 konstaterade Glazener att vård och kvinnors behov efter förlossning har haft låg prioritet inom forskning och att fokus istället har legat på det nyfödda barnet. Glazener visade att det framförallt har fokuserats lite på den sexuella relationen och att det fanns lite professionell kunskap kring vad paret behöver informeras om kring eventuella problem som kan uppstå efter förlossning. De problem som kan uppstå dröjer sig dessutom ofta kvar längre än inom den tidsram som kvinnan följs upp via mödrahälsovården. Även Olsson, Lundqvist, Faxelid och Nissen (2005) visade att kvinnor önskar samtal och uppföljning med sin barnmorska gällande sin sexualitet senare än vid det erbjudna eftervårdsbesöket som sker inom 3 månader efter förlossning.

Vid eftervårdsbesök ska barnmorskan ta upp frågor kring förlossning, hur den eventuella amningen fungerar, tankar kring antikonception, eventuellt görs en gynekologisk undersökning och det kan vara ett bra tillfälle att ta upp hur det sexuella samlivet fungerar (SFOG, 2016). Forskning visar att sexuella problem sällan diskuteras med vårdpersonal trots att majoriteten av kvinnor diskuterar antikonception. Kvinnor har ett behov av att diskutera frågor kring sexuella problem, framförallt smärta, men få vågar ta upp det (Barrett et al., 2000) eller känner sig inte bekväma med att ta upp problemet med vårdpersonal och upplever det lättare att diskutera det med sina vänner (Johnsons, 2011). Kvinnor upplever också personalen som obekväma i situationen och att vårdpersonalen dubbelt så ofta väljer att diskutera antikonception istället för att diskutera sexuallivet (Glazener, 1997). Det här stärker vikten av en god relation mellan barnmorska och kvinna där en öppenhet och förståelse är grundläggande faktorer, vilket Hallsdorsdottirs (1996) poängterar i sin teori. I teorin framkommer även att det ligger ett ansvar för både barnmorska och vårdtagare i mötet med varandra. Vårdtagaren ska vilja ta emot vård

och råd medan barnmorskan måste ha kunskap, möjlighet och viljan till att hjälpa. För att barnmorskan ska kunna ge denna vård och skapa en relation med vårdtagaren måste barnmorskan ha ett professionellt förhållningssätt och vårdande. De fem faktorer som enligt Hallsdorsdottirs och Karlsdottir (2011) krävs för en professionell och god barnmorska är professionell omsorg, professionell visdom, yrkeskompetens, mellanmänsklig kompetens och personlig och professionell utveckling. Om barnmorskan besitter dessa egenskaper och faktorer kan det leda till att kvinnan erhåller en god och professionell vård. Hennes behov åsidosätts inte på grund av okunskap hos barnmorskan och ett bekvämt möte mellan de båda kan ske som uppmuntrar till samtal kring sexuell hälsa.

Johnson (2011) visar i sin studie vikten av att under graviditet ta upp förändringar som händer både under graviditet och efter förlossning för att minska risken för stress, emotionell påfrestning, oro om förväntningar och förbättra den sexuella funktionen. Rogers et al. (2009) visade att om barnmorska eller vårdpersonal väljer att inte ta upp de sexuella förändringar som mycket väl kan vara normala efter en förlossning, upplevs en ignorans av paret och de får då inte heller ta del av de lösningar som enkelt hade kunnat hjälpa dem att ta sig igenom eller få förklaring till sina problem. Kvinnor som inte får information gällande tiden efter förlossning tror att de är ensamma med sina problem och vågar därför inte ta upp problemen med vårdpersonal. Detta stärker vikten av optimal kompetens hos barnmorska och vårdpersonal så att information kring problemen tas upp och lösningar kan ges. Senare forskning kring tiden efter förlossning är svårt att hitta vilket tyder på att det finns ytterligare behov av fortsatt forskning.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka kvinnors sexuella hälsa mätt med instrumentet Female Sexual Function Index (FSFI), 6-24 månader efter vaginal förlossning samt att undersöka om det finns skillnader med avseende på paritet, instrumentell förlossning, episiotomi, samlagssmärta innan förlossning, bristning och amning. Syftet var också att undersöka hur stor andel av kvinnorna som blir tillfrågade om sexuell hälsa vid eftervårdsbesöket hos barnmorskan.

Specifika frågeställningar

- Skiljer sig den sexuella hälsan mellan först- och omföderskor?
- Skiljer sig den sexuella hälsan beroende på förekomst av instrumentell förlossning, episiotomi, samlagssmärta innan förlossning, bristning, och amning?

- Skiljer sig den sexuella hälsan över tid efter förlossning?
- Påverkas lubrikation, orgasm, smärta, lust, tillfredsställelse och känslomässig närhet 6-24 månader efter vaginal förlossning av faktorerna bristning, episiotomi, instrumentell förlossning och amning?
- Hur stor andel av kvinnorna blir tillfrågade angående sitt sexualliv vid eftervårdsbesöket hos barnmorskan?

Metod

En kvantitativ tvärsnittsstudie har tillämpats vilket innebär att en vald population beskrivs vid ett visst tillfälle. Ett kvantitativt tillvägagångssätt innebär att data analyseras matematiskt och med hjälp av dessa variabler kan en spridning ses inom den valda populationen (Eliasson, 2013).

Denna undersökningsmetod är vald då det redan finns viss kunskap kring ämnet och författarna vill fokusera på specifika aspekter kring detta ämne. Den är även bäst tillämpbar då syftet är att beskriva faktorer hos vald grupp kvinnor (Olsson & Sörensen, 2011).

Urval

Inklusionskriterier var kvinnor som genomgått vaginal förlossning, fött levande barn för 6-24 månader sedan, som var över 18 år och som förstod och kunde läsa svenska. Exklusionskriterier var de kvinnor som var gravida igen.

Instrument

Female Sexual Function Index (FSFI) är det frågeformulär som har använts för insamling av grunddata (Rosen et al., 2000). FSFI är ett frågeformulär gällande sexuell funktion hos kvinnor. Det utvecklades för det specifika syftet att bedöma domäner av sexuell funktion där sexuell lust, sexuell upphetsning, lubrikation, orgasm, tillfredsställelse och smärta ingår. Instrumentet består av 19 frågeställningar med flervalsoalternativ där svaren är poängsatta från 0 till 5. Totala antalet poäng avgör kvinnans grad av sexuell funktion där låga poäng tyder på en sexuell dysfunktion. Den svenska validerade versionen har använts till studiens enkät (bilaga 1) (Ryding & Blom, 2015). Till detta formulär har 18 egenformulerade frågor lagts till för att kunna undersöka om det finns skillnader med avseende på olika faktorer påverkan på den sexuella hälsan (bilaga 2). Vid formulerandet av de egenformulerade frågorna togs inspiration från FSFI-formuläret. Nio av

frågorna innefattade bakgrundsvariabler. Tre av frågorna handlade om eftervårdsbesöket och samtal om sexuallivet, dessa besvarades med svarsalternativen ”ja”, ”nej” eller ”vet ej”. Två öppna frågor ställdes, om de var först- eller omföderskor med frågan ”hur många barn har du fött?” och hur lång tid det gått sedan förlossningen med frågan ”hur många månader är ditt senast födda barn?”. Fyra frågor ställdes kring instrumentell förlossning, bristning och episiotomi och besvarades med ”ja”, ”nej” eller ”vet ej”. Kvinnorna fick på en skala mellan ett och fem ange om de innan graviditet upplevt obehag eller smärta vid vaginalt samlag, där ett stod för ”aldrig” och fem stod för ”ja vid varje samlag”. Slutligen fick kvinnorna besvara om de fortfarande ammade sitt senast födda barn med svarsalternativen ”ja, helt”, ”ja, delvis” och ”nej”. Dessa frågor prövades på studiekamrater och vänner genom face validity, för att testa förståelse för formuleringar (Polit & Beck, 2016). Utifrån denna face validity bedömdes formuleringen tydlig och inga ändringar gjordes.

Datainsamling

En internetbaserad enkät konstruerad i Google docs har använts för att samla in data. Enkäten lades ut på författarnas Facebook-konton och i olika forum på Facebook riktade till mödrar. Enkäten delades vidare av vänner och bekanta och låg ute mellan 170829–170928. På grund av önskan av mer besvarade enkäter lades enkäten även ut på forumet Familjeliv mellan 170926–170928. En kort inbjudan lades ut på forumen med texten: Har du fött barn under de senaste 6-24 månaderna? Vi undersöker kvinnlig sexuell hälsa. Vill du dela med dig av dina erfarenheter kring sexuell hälsa? Klicka i så fall på länken och besvara vår enkät. Genom att klicka på länken kom kvinnorna vidare till ett informationsbrev som gav kort fakta kring studien och enkäten. På informationsbrevet fanns ytterligare en länk och genom att klicka på denna kom kvinnorna vidare till enkäten (bilaga 2) och gav därmed samtycke till deltagande i studien. Enkäten uppskattades ta ca 5-10 minuter att besvara. Svaren skickades till och sparades i moln och kunde därmed inte spåras, inte heller via deltagarnas dators IP-adress. Vid godkänd examination av arbetet kommer all data att förstöras.

Analys av data

Data som samlades in överfördes från Google Docs till Excel. Totalt erhöles 441 enkätsvar. Av dessa föll 121 enkäter bort. Anledningen till bortfallet berodde på datafel där en kvinna hade lämnat in 70 identiska svar på enkäten inom loppet av några minuter, därför togs 69 av dessa

bort. Det var 43 kvinnor som inte uppfyllde inklusionskriterierna då deras barn antingen var under 6 månader eller över 24 månader. Slutligen var det 9 stycken som föll bort på grund av att deras senaste barn var fött med kejsarsnitt och inte vaginalt som var ett av inklusionskriterierna. Totalt kunde 320 enkätsvar användas och analyseras.

Vid besvarande av de egenformulerade öppna frågorna var det vissa kvinnor som inte svarade i endast siffror när detta efterfrågades eller som exempelvis besvarade i veckor istället för månader. Dessa svar korrigerades. Därefter beräknades totalpoängen för FSFI för varje kvinna. Vid analys av FSFI-data användes Ryding och Bloms (2015) index-poäng för att beräkna summan av FSFI-formuläret. Indexpoängen kunde variera från minsta värde 2 till högsta värde 36. Beroende på summan har kvinnorna bedömts ha sexuell dysfunktion eller inte. Vid analys av dessa svar användes Wiegel et al. (2005) studie som tagit fram referensvärden för sexuell dysfunktion. Deras gränsvärde för sexuell dysfunktion gick vid summan 26,55 eller mindre. Kvinnor med högre poäng bedömdes inte ha någon sexuell dysfunktion (a.a.). I denna studie har samma referensvärde använts för bedömning av sexuell hälsa. Totalvärdena på FSFI dikotomiserades utifrån dysfunktion, 1, eller inte, 0. Totalpoängen för varje enskild domän räknades ut, exempelvis fråga 19 och 20 tillhörde domänen lust och summerades därför (Rosen et al., 2000) (bilaga 3). Därefter skapades nya variabler för varje domän. För att statistiskt kunna hantera materialet har domänerna dikotomiserats utifrån medianen. Dysfunktion inom varje domän var de med totalpoäng under eller lika med medianen. Varje domän dikotomiserades utifrån dysfunktion, 1, eller inte dysfunktion, 0. De kvinnor som fött två eller fler barn räknades som omföderskor och en ny variabel skapades där kvinnorna benämndes som antingen förstföderskor eller omföderskor. Kvinnorna delades in i tre grupper beroende på hur många månader deras senast födda barn var vid ifyllandet av enkäten. Indelningen av grupperna var 6-11 månader, 12-17 månader och 18-24 månader. Helamning och delvis amning lades ihop till amning och fick benämning 1 och de som inte ammade alls benämndes 0.

I Excel genomfördes gruppvisa jämförelser för att finna faktorer av betydelse för upplevelsen av den sexuella hälsan enligt FSFI. Jämförelser mellan olika variabler testades med Chi-2 test i en internetbaserad kalkylator (<http://www.socscistatistics.com/tests/chisquare/>) där signifikansnivån bestämdes till p-värde på <0,05 användes. För att värdera storleken på de associationer som var signifikanta gjordes logistisk regression i SPSS med den beroende variabeln sexuell hälsa och de oberoende variablerna samlagssmärta innan förlossning, bristning och amning.

Forskningsetiska avvägningar

Enligt svensk lagstiftning behöver vetenskapliga arbeten inom universitets- och högskoleutbildning inte genomgå etisk prövning hos Etikprövningsnämnden (EPN). Projektet har dock prövas i den lokala vårdvetenskapliga etikprövningsnämnden (VEN). Rådgivande yttrande erhöles 170612 med diarienummer VEN 41-17. Godkännande från programdirektören erhöles 170630.

Att besvara enkäten var frivilligt och de svarande var anonyma, ångrade en kvinna sig behövde hon inte slutföra enkäten. På så sätt bevarades integriteten hos de svarande. Den enskilde skulle kunna uppleva en känsla av skam eller skuld efter besvarande men det här torde vara övergående då inga svar kan kopplas till den som svarat eller att någon svarat över huvud taget.

Om studien väckte känslor, åsikter eller frågor hade deltagarna möjlighet att kontakta författarna eller handledare och vid behov hänvisas vidare till vårdcentral eller barnmorskemottagning, vilket informerades om i informationsbrevet.

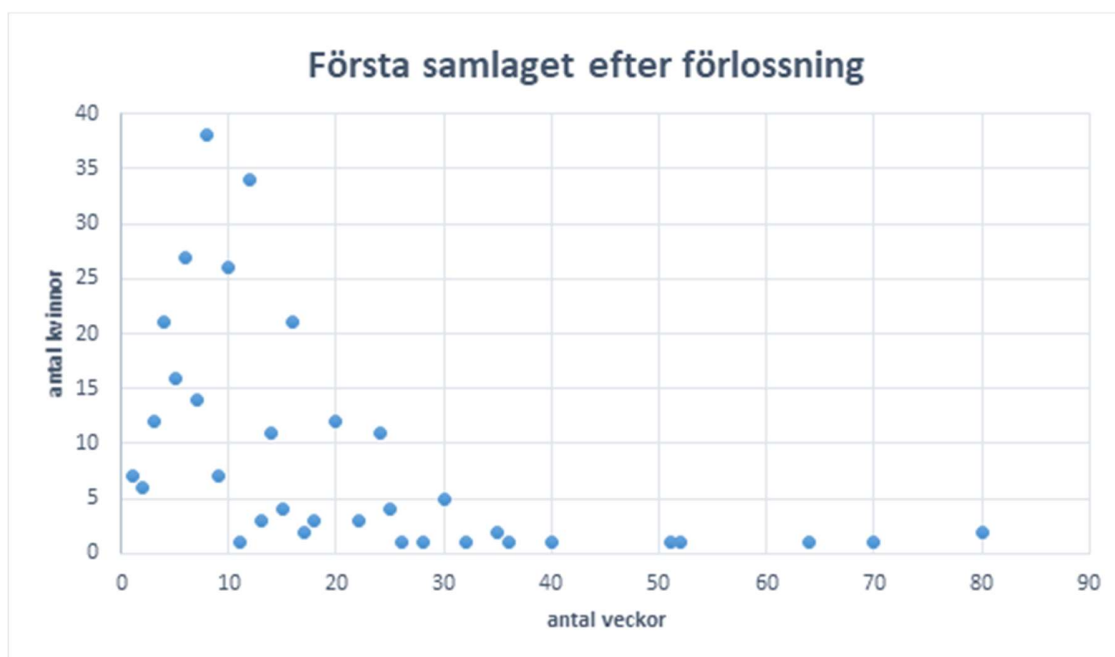
Resultat

Bakgrundsvariabler

I tabell 1 redovisas bakgrundsvariabler över de kvinnor som inkluderats i studien. De kvinnor som besvarade enkäten var mellan 20-45 år och av dessa hade majoriteten fast partner. Det var en jämn fördelning av förstföderskor och omföderskor. Det var en övervägande del av kvinnorna vars högsta utbildning var högskola/universitet, en tredjedel hade gymnasial utbildning och mycket få hade grundskola eller kortare som högsta utbildning. Åldern på det senast födda barnet varierade mellan 6-24 månader och dessa har delats in i olika grupper för att få en bättre överblick (tabell 1). Majoriteten av kvinnorna i studien rapporterade att de hade haft samlag efter förlossningen. Tiden mellan förlossning och första samlaget varierade mellan 1 vecka och 21 månader (Figur 1). Medelvärdet låg på ca 12 veckor. Det var fyra kvinnor som inte svarade på denna fråga.

Tabell 1 Bakgrundsvariabler

Ålder	n (%)
<i>20-25 år</i>	30 (9)
<i>26-30 år</i>	140 (44)
<i>31-35 år</i>	103 (32)
<i>36-45 år</i>	47 (15)
Utbildning	
<i>Grundskola eller kortare</i>	9 (3)
<i>Gymnasium</i>	97 (30)
<i>Högskola/universitet</i>	214 (67)
Fast partner	
<i>Ja</i>	305 (95)
<i>Nej</i>	15 (5)
Ålder på senast födda barn	
<i>Grupp 1 (6-11 månader)</i>	134 (42)
<i>Grupp 2 (12-17 månader)</i>	104 (33)
<i>Grupp 3 (18-24 månader)</i>	82 (26)
Samlag efter förlossningen	
<i>Ja</i>	306 (96)
<i>Nej</i>	14 (4)
Paritet	
<i>Förstföderska</i>	159 (49,7)
<i>Omföderska</i>	161 (50,3)
Samlag senaste 4 veckorna	
<i>Ja</i>	235 (73)
<i>Nej</i>	85 (27)



Figur 1 Antal veckor efter förlossning som första samlaget ägde rum

De kvinnor som inte hade haft samlag de senaste 4 veckorna fick fem alternativ att välja mellan som orsak till detta och ombads att besvara varje alternativ med ja eller nej. Alternativen var smärta, minskad lust, minskad lubrikation, trötthet och annat. De två vanligaste orsakerna som rapporterades var minskad lust och trötthet (tabell 2).

Tabell 2 Anledning till att inte ha haft samlag senaste 4 veckorna.

	<i>n (%)</i>
Smärta	19 (22)
Minskad lust	68 (80)
Minskad lubrikation	25 (29)
Trötthet	67 (79)
Annat	51 (60)

Sexuell hälsa och paritet

Av de 320 kvinnor som deltog i studien bedömdes 191 (60 %) ha en sexuell dysfunktion. Medelvärdet på FSFI-index-poängen skiljde sig något mellan först- och omfödernor. Det totala medelvärdet bland förstfödernor var 20,6 poäng, medianen var 22,9, medan omfödernor hade ett medelvärde på 22,6 poäng och median på 25,8. I båda grupperna fanns en spridning mellan 2-

36 poäng. Av de 159 förstföderskor som deltog i studien bedömdes 65 % ha en sexuell dysfunktion. Bland de 161 omföderskor var det 55 % som bedömdes ha en sexuell dysfunktion. Skillnaden mellan förstföderskor och omföderskor var inte signifikant.

Sexuell hälsa i relation till instrumentell förlossning och episiotomi

I materialet har det inte kunnat påvisas någon signifikant skillnad mellan kvinnor som blev förlösta med sugklocka, tång eller episiotomi jämfört med förlossningar som inte avslutades instrumentellt eller med episiotomi gällande sexuell dysfunktion. Det var 27 kvinnor som rapporterade att de blivit förlösta med sugklocka, 8 % av hela urvalet, och av dessa var det 16 kvinnor som visade sig ha sexuell dysfunktion, 59 % av de som förlösts med sugklocka. Tre kvinnor hade blivit förlösta med tång, 1 %, varav alla rapporterade sexuell dysfunktion, 100 %. Av de 23 kvinnor, 7 %, som rapporterade att episiotomi hade använts vid förlossningen var det 15 av dessa som hade sexuell dysfunktion, 65 %.

Sexuell hälsa relaterat till samlagssmärta innan förlossning, bristning och amning

De kvinnor som innan förlossning hade haft samlagssmärta, hälften av gångerna, mer än hälften av gångerna eller vid varje samlag, var 18 %. Av dessa rapporterade 77 % sexuell dysfunktion efter förlossning. Sjuttiofem procent av respondenterna rapporterade att de hade drabbats av någon bristning i samband med förlossning och av dessa var det 63 % som hade en sexuell dysfunktion. Det var 38 % av kvinnorna som deltog i studien som ammade, helt eller delvis. Av dessa hade 72 % sexuell dysfunktion (tabell 3).

Tabell 3 Samlagssmärta före förlossning, bristning och amning kopplat till sexuell dysfunktion

	<i>n (%)</i>	<i>Dysfunktion (%)</i>
Samlagssmärta innan förlossning	56 (18)	43 (77)
Bristning	241 (75)	153 (63)
Amning (helt/delvis)	121 (38)	87 (72)

Samlagssmärta innan förlossning, bristning och amning hade en signifikant association med sexuell dysfunktion (tabell 4). En beräkning av sannolikhet för sexuell dysfunktion visade att

utan någon faktor var sannolikheten 34 % och med alla de oberoende variablerna, samlagssmärta innan förlossning, bristning och amning, närvarande var den 89 % (tabell 5).

Tabell 4 Risk för sexuell dysfunktion och samlagssmärta innan förlossning, bristning och amning som oberoende variabler. Analyserat i SPSS med logistisk regression.

	Oddsquot	95 % konfidensintervall	p
Inga faktorer	0,53		0,02
Samlagssmärta innan förlossning	2,96	1,46–6,00	<0,001
Bristning	2,12	1,21–3,70	0,01
Ammar	2,50	1,50–4,16	<0,001

Tabell 5 Sannolikhet för sexuell dysfunktion och samlagssmärta innan förlossning, bristning och amning som oberoende variabler. Analyserat i SPSS med logistisk regression.

	Inga faktorer	Ammar	Bristning	Samlagssmärta före förlossning
Inga faktorer	34 %	57 %	53 %	61 %
Samlagssmärta innan förlossning	61 %	79 %	77 %	
Bristning	53 %	74 %		77 %
Ammar	57 %		74 %	79 %
Totalt (A+B+S)	89 %			

Sexuell hälsa och tid efter förlossning

Sexuell hälsa påverkades också av tiden efter förlossning. De kvinnor som besvarade enkäten 18-24 månader efter förlossning, grupp tre, hade större sannolikhet för sexuell dysfunktion jämfört med de som besvarade enkäten 12-17 månader efter förlossning, grupp två. Det fanns ingen signifikant skillnad i jämförelser mellan de som besvarat enkäten 6-11 månader efter förlossning, grupp ett, och grupp två och mellan grupp ett och grupp tre (tabell 6).

Tabell 6 Tid efter förlossning relaterat till dysfunktion

	<i>n (%)</i>	<i>Dysfunktion (%)</i>
Grupp 1 (6-11 mån)	134 (42)	84 (63)
Grupp 2 (12-17 mån)	104 (33)	53 (51)
Grupp 3 (18-24 mån)	82 (26)	54 (66)

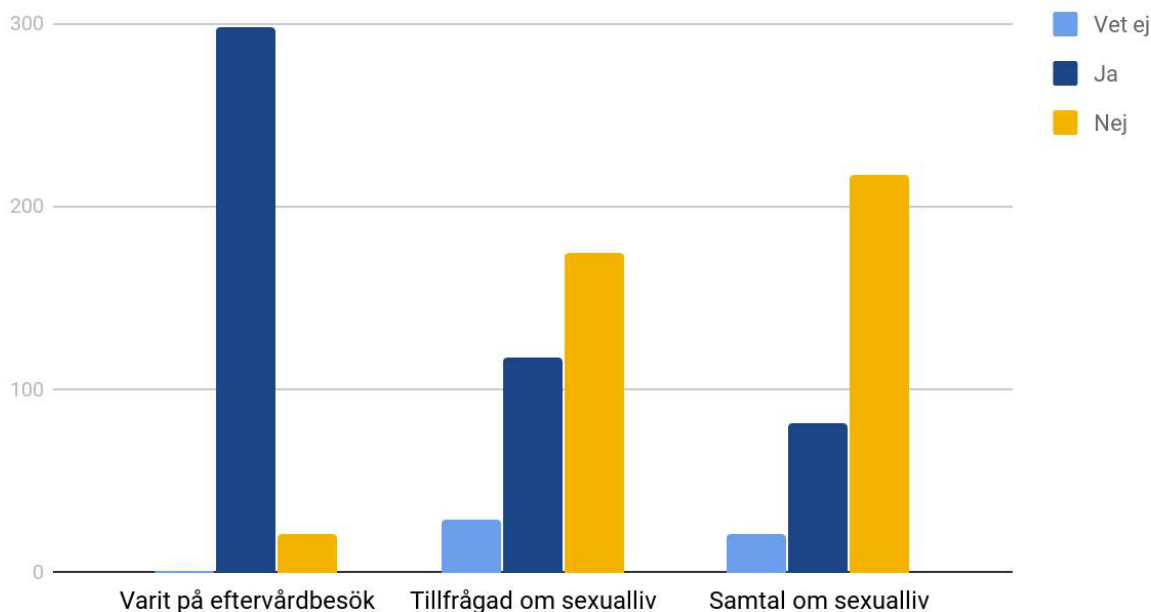
Domänerna i FSFI relaterat till bristning och amning

Domänen lubrikation sågs inte signifikant påverkas negativt av faktorerna bristning, episiotomi, instrumentell förlossning och amning. Bland de enskilda domänerna orgasm, tillfredsställelse, smärta, lust och upphetsning fanns det däremot signifikanta skillnader gällande faktorerna bristning och amning. Sannolikheten för minskad orgasm, tillfredsställelse och förekomst av smärta ökade vid förekomst av bristning. Amning ökade sannolikheten för minskad lust, upphetsning och förekomst av smärta. Inga signifikanta kopplingar kunde påvisas mellan domäner och faktorerna instrumentell förlossning, episiotomi och samlagssmärta innan förlossning.

Eftervårdsbesök och samtal om sexuell hälsa

Majoriteten av kvinnorna, 93 %, i studien hade varit på sitt eftervårdsbesök hos barnmorskan. Vid detta besök blev 37 % tillfrågade om sitt sexualliv men 54 % blev inte, 9 % visste inte. Av de 37 % som blivit tillfrågade om sitt sexualliv var det 26 % som hade ett samtal om det, 68 % hade det inte och 7 % visste inte (Figur 2).

Eftervårdsbesök



Figur 2 Antalet kvinnor som varit på sitt eftervårdsbesök, blivit tillfrågade om sitt sexualliv och haft samtal om sitt sexualliv

Diskussion

Metoddiskussion

Valet att inkludera kvinnor 6-24 månader efter förlossning har gjorts då studier visat att majoriteten av kvinnor är sexuellt aktiva 6 månader postpartum men att många har kvarstående problem med dyspareuni och perineal smärta (Barrett et al, 2000; Signorello, 2001). Ett bekvämlighetsurval tillämpades i studien, vilket innebär att de kvinnor som uppfyllde inklusionskriterierna och valde att svara på enkäten inkluderades. Detta innebär att de kvinnor som valde att svara inte behöver vara representativa för urvalspopulationen (Polit & Beck, 2016). Problematiken vid ett bekvämlighetsurval där urvalspopulationen inte är representativ är generaliserbarheten av resultatet (Ejlertsson, 2005). Val av metod grundar sig på möjligheten att genomföra en undersökning inom projektarbetets tidsram samt den ökade arbetsinsats och kostnad som en brevbaserad enkät skulle medföra. Dessutom skulle en brevenkät kräva tillgång till namn och register för utskick (Eliasson, 2013).

Valet att använda ett redan validerat frågeformulär (bilaga 3) gjordes då detta anses vara bättre än att själv konstruera ett oprövat instrument (Olsson & Sörensen, 2011). Att frågeformuläret

dessutom var testat med Cronbach's alpha som visade att reliabiliteten var god, 0.90–0.96, ser författarna som en styrka för studien. Till det redan validerade och reliabilitets-testade instrumentet med 19 frågor lades 18 egenformulerade frågor till (bilaga 2). Vid flera tillfällen besvarades de egenformulerade frågorna på ett annat sätt än vad som efterfrågades. Validiteten för de egenformulerade frågorna kan därför ifrågasättas. Risker med för många frågor är att kvinnorna dels inte orkar fylla i hela formuläret och därmed inte skickar in det, dels att de inte orkar ta sig tiden att tänka igenom svaren ordentligt. Nackdelen med att behöva begränsa antalet frågor är att enkäten inte ger svar på allt som författarna önskat få reda på. Till exempel finns det omföderskor som vid första barnet fått en bristning och fortfarande har problem av detta, men som vid den senaste förlossningen inte fick någon bristning. Resultatet kan då ha blivit påverkat. Trots tillägg av egenformulerade frågor kan det finnas områden som inte har blivit belysta. Frågan kring bristning gav inte information om vilken grad av bristning kvinnan drabbats av vid förlossningen och är ännu en faktor som kan ha påverkat resultatet. En annan infallsvinkel som hade varit intressant att ha med är de kvinnor som blivit förlösta med kejsarsnitt och deras sexuella hälsa. En frågeställning författarna anser väsentlig, men som inte inkluderades, är icke-penetrerande samlag. Det hade varit intressant att se om vaginal förlossning påverkar icke-penetrerande samlag i samma utsträckning och i så fall hur och varför.

Det var många kvinnor som svarade på enkäten trots att de inte uppfyllde inklusionskriterierna. En anledning till detta kan vara att informationsbrevet inte var tillräckligt tydligt formulerat. En annan anledning kan vara att vissa kvinnor inte läser informationsbrevet och därmed besvarar enkäten trots att de inte uppfyller inklusionskriterierna. Frågorna i enkäten kunde varit tydligare formulerade då många kvinnor besvarade frågor felaktigt, till exempel skrev text då det endast efterfrågades om månader i siffror. Som exklusionskriterium valdes gravida kvinnor och detta informerades om i informationsbrevet. Med tanke på att många andra instruktioner som också stod i informationsbrevet missuppfattades kan gravida kvinnor ha fyllt i enkäten. Eftersom det inte fanns någon fråga i enkäten som besvarade denna fråga går det inte att utesluta de kvinnor som eventuellt missuppfattat utan författarna har fått utgå från att inga kvinnor varit gravida vid besvarande av enkäten och att en sådan fråga skulle vara lämplig att ha med i fortsatta studier för att undvika missförstånd.

Författarna misstänker att det har blivit ett datafel vid inskick av en kvinnas besvarade enkät då samma identiska svar erhöles 70 gånger inom några minuter. Detta hade kunnat undvikas om enkäten endast hade kunnat besvaras eller öppnas en gång per dator. Nackdelen med att inte ha

en spärr på antalet gånger en och samma kvinna kan besvara enkäten är att fler kvinnor kan ha besvarat enkäten mer än en gång. Anledningen till att vi upptäckte de 70 identiska svaren var på grund av att de låg i följd.

Resultatdiskussion

I studien fanns en skillnad gällande den självrapporterade sexuella hälsan efter vaginal förlossning jämfört med innan den senaste förlossningen. Det totala måttet på sexuell hälsa visade att över hälften av kvinnorna, 6-24 månader efter vaginal förlossning, rapporterade sexuell dysfunktion. Tidigare studier (Signorello et al., 2001; Johnson, 2011; Barrett et al., 2000) har endast visat på hur enskilda delar i den sexuella hälsan påverkas av exempelvis bristning och amning, de har inte rapporterat siffror på hur den totala sexuella hälsan ser ut. Det finns inga aktuella siffror på den sexuella hälsan bland Sveriges kvinnor i allmänhet. Den senast gjorda undersökningen gjordes år 1996 där 2810 män och kvinnor fick ange sin självupplevda tillfredsställelse med sitt sexualliv på en 6-gradig skala. Det framkom då att 56 % av kvinnorna rapporterade att de var mycket tillfredsställda eller tillfredsställda (Folkhälsoinstitutet, 1999). Att det endast är strax över hälften av kvinnorna som faktiskt var tillfredsställda med sitt sexualliv tyder på att det finns ett problem i allmänhet. I jämförelse med siffrorna från 1996 tyder den aktuella studiens siffror på att den sexuella hälsan påverkas av vaginal förlossning. En ny undersökning om Sveriges sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter genomförs under 2017 (Folkhälsomyndigheten, 2017). Resultatet från den undersökningen hade varit intressant att jämföra med denna studie.

Resultatet visade en något högre andel förstföderskor med sexuell dysfunktion jämfört med omföderskor men detta visade sig inte vara signifikant. Materialets storlek var för litet för att kunna påvisa någon signifikant skillnad mellan de förlossningar som avslutades instrumentellt eller med episiotomi och de som avslutades utan. Därmed kunde inte Barrett et al.s (2000) studieresultat om att förstföderskor löper en större risk för instrumentell förlossning och därmed högre risk för perineal smärta och dyspareuni verifieras.

Efter förlossning var sannolikheten för sexuell dysfunktion 34 % oberoende av faktorer som samlagssmärta innan förlossning, bristning och amning. Detta stärks av tidigare studier som visat på att det finns stora problem gällande kvinnans sexualliv postpartum (Rogers et al., 2009; Abdool et al., 2009; Andrews, Thakar, Sultan & Jones, 2008; Barrett et al., 2000; Glazener,

1997; Johnson, 2011; Signorello, Harlow, Chekos & Repke, 2001). För varje faktor som tillkom, samlagssmärta innan förlossning, bristning och amning, ökade sannolikheten för sexuell dysfunktion.

Studiens resultat visade att de kvinnor som innan förlossning hade upplevt samlagssmärta löpte större sannolikhet för sexuell dysfunktion efter förlossning. Liknande resultat sågs i Barrett et al.s (2000) studie där andelen kvinnor med dyspareuni var fler vid sex månader postpartum jämfört med andelen kvinnor som innan förlossning hade upplevt dyspareuni. Med tanke på att studiens resultat visade att den totala sexuella hälsan sannolikt blir sämre om kvinnan innan förlossning haft samlagssmärta är det svårt att veta vad detta beror på. Eftersom resultatet från denna studie inte säger något om hur den sexuella hälsan var innan förlossning bland dessa kvinnor kan andra faktorer kring den sexuella hälsan varit påverkade redan då. Vad är det då med förlossningen som gör att den sexuella hälsan försämras? Det behöver inte nödvändigtvis vara smärtan som ökar sannolikheten, det skulle kunna vara brist på lubrikation, sämre tillfredsställelse och orgasm eller påverkad lust som kvinnan också känt innan förlossning men som studien inte lyfter fram.

Bristning och amning påverkade domänerna inom sexuell hälsa olika. Bristning sågs öka sannolikheten för sämre orgasm, tillfredsställelse och ökad smärta. Även Abdool et al. (2009) kunde påvisa en skillnad mellan de kvinnor som drabbats av bristning jämfört med de som inte drabbats, där de kvinnorna med bristning upplevde den sexuella funktionen sämre gällande den sexuella känslan, sexuella tillfredsställelsen och sannolikheten för orgasm. Amning ökade sannolikheten för sämre lust, upphetsning och ökad smärta. Då både föreliggande studie och tidigare forskning visat att sexuell dysfunktion kan bero på olika faktorer är det viktigt att ta reda på den bakomliggande orsaken till dysfunktionen för att kunna sätta in rätt åtgärd.

I de fall kvinnor drabbats av bristning i samband med förlossning var sannolikheten för sexuell dysfunktion 53 %. De specifika domäner som påverkade den sexuella hälsan vid bristning var orgasm, tillfredsställelse och smärta. Detta resultat stärks av tidigare studier (Abdool et al., 2009) som visat att bristning är nära kopplat till dyspareuni och påverkar viljan till att ha samlag med sin partner. De kvinnor som inte ådrar sig bristningar rapporterar bättre sexualliv jämfört med de som fått skador (a.a.). Bristningar som ger upphov till smärta vid samlag kan leda till att kvinnan inte vill genomföra ett penetrerande samlag eller att hon inte kan slappna av och njuta (Ahlborg, Dahlöf och Hagberg (2005). Det i sin tur kan minska chansen till orgasm och utan orgasm kan

det bli svårt för kvinnan att känna sig tillfredsställd. Detta kan bli en ond cirkel för paret vilket hade kunnat undvikas om de visste var de kan vända sig vid eventuella problem. Ett annat dilemma är rädslan kvinnan kan känna inför samlag på grund av bristningen och den eventuella smärtan i samband med detta (Ahlborg et al., 2005). Är det då bristningen i sig som skapar smärtan eller är det kvinnans rädsla som resulterar i att hon spänner sig som gör att det gör ont? Graviditet och förlossning påverkar kvinnans kropp. Kvinnor påverkas olika mycket av denna förändring. Förändring kan hos vissa kvinnor leda till en osäkerhet kring sin kropp och bristning kan vara en av dessa förändringar (Olsson et al., 2005). En kvinna som inte känner sig tillfreds med sin kropp kan ha svårt att slappna av vid de intima stunder de har med sin partner, vilket kan leda till att kvinnan rent sexuellt inte känner sig tillfredsställd och kan därför också ha svårt med att få orgasm. Alla dessa faktorer är något som barnmorskan kan lyfta för paret redan innan och efter förlossning. Genom information och råd kring dessa problem kan paret få bättre förutsättningar för att kunna hantera dessa eventuella förändringar och problem. Barnmorskan har alltså en mycket central roll i mötet med paret.

De kvinnor som efter förlossningen ammar sågs ha större sannolikhet för sexuell dysfunktion. Amningen påverkade domänerna lust, tillfredsställelse och smärta negativt. Att kvinnor rapporterar mindre sexuell lust vid amning framkom även i Abdool et al. (2009) och Glazener (1997) studieresultat. Amningen gjorde att kvinnorna kände sig trötta då mycket tid lades på detta och var något som kvinnans partner inte kunde hjälpa till att avlasta med (Glazener, 1997). Att amning påverkar den sexuella lusten och smärta negativt har i Barrett et al. (2000) och Johnsons (2011) studie setts bero på den hormonpåverkan som sker vid amning som kan leda till torra vaginalslemhinnor. Lust, tillfredsställelse och smärta var associerat med amning i denna studie. Frågan är om dessa domäner påverkas av varandra eller om det är amningen i sig som påverkar varje domän för sig. Smärta skulle kunna härledas från torra slemhinnor. Om kvinnan upplever smärta vid penetrerande samlag kan det leda till att hon inte känner sig tillfredsställd eller att hon inte alls kan genomföra ett samlag. Lusten skulle kunna påverkas både av att kvinnan inte tidigare känt sig tillfredsställd vid samlag och därför inte har någon lust men även på grund av att amningen tar mycket tid och ork från kvinnan. Här har barnmorskan en viktig funktion i att informera paret kring amningens påverkan på kvinnans kropp och vad det kan få för konsekvenser för samlivet.

Det sågs endast skillnad i den sexuella hälsan mellan två av tre grupper gällande tiden efter förlossning. Skillnaden blev inte heller bättre med tiden utan grupp tre, 18-24 månader efter

förlossning, hade större sannolikhet för sexuell dysfunktion jämfört med grupp två, 12-17 månader efter förlossning. Utifrån resultat i Barrett et al. (2000) studie där andelen kvinnor med dyspareuni minskade med ca hälften från 3 till 6 månader antog författarna att detsamma skulle gälla sexuell dysfunktion i aktuell studie. Resultatet visade dock något annat. Det som kan tänkas ligga bakom detta resultat skulle kunna vara att vid 12 månader börjar de flesta kvinnor att arbeta igen och ammar därmed mindre eller inte alls, paret har kommit in i rollen som föräldrar och känner sig trygga med det, barnet börjar på förskola, somnar tidigare och sover bättre på natten, kvinnan har eventuellt gått ner sina mammakilo. Alla dessa faktorer skulle kunna leda till en nytändning hos paret då kvinnan förhoppningsvis är piggare, har mindre torra slemhinnor och paret har mer tid för varandra. Vid 18-24 månader kan nyhetens behag däremot ha försvunnit. Familjen kan ha kommit in i nya rutiner som vissa kan uppleva som jobbiga och tråkiga. Kvinnan kanske känner sig otillräcklig gentemot barn och partner och barnet har börjat kräva mer uppmärksamhet. Vid denna tid brukar vissa par diskutera fler barn vilket kan upplevas som en press på att ha regelbundet samlag och detta skulle kunna förstöra stämningen och lägga press på paret.

Bristning är en vanlig komplikation vid förlossning (Samuelsson, Ladfors, Lindblom & Hagberg, 2002), i denna studie rapporterade majoriteten att de vid sin senaste förlossning drabbats av detta. Bristning efter förlossning var associerat med sexuell dysfunktion. I de fall kvinnan även ammade ökade den sannolikheten. De kvinnor som dessutom innan förlossning hade haft problem med samlagssmärta löpte ytterligare ökad sannolikhet för sexuell dysfunktion. Med tanke på att många kvinnor drabbas av bristning vid förlossning och att strax under hälften fortfarande ammar efter 6-24 månader och att det är en femtedel av kvinnorna som haft problem med samlagssmärta innan förlossning tyder detta på att många kvinnor i samhället har problem med sitt sexualliv och frågan är hur många av dessa som faktiskt söker hjälp.

Av de 320 kvinnor som besvarat enkäten hade majoriteten varit på sitt eftervårdsbesök. Det var däremot knappt hälften av dessa som blivit tillfrågade om sitt sexualliv och endast en fjärdedel av dessa som hade ett samtal om sitt sexualliv. Detta stärker ifrågasättandet av kunskap bland barnmorskor och upplägget av eftervårdsbesöket. Forskning har visat att kvinnor önskar att samtala om sitt sexualliv och att det inte är tillräckligt att endast träffas en gång efter förlossning utan behovet finns för ytterligare uppföljning (Olsson et al., 2005). Med tanke på att denna studie år 2017 fortfarande tyder på att eftervårdsbesöket inte möter kvinnans behov, något som redan framkom år 1997 och 2005, talar det för att detta ämne inte har prioriterats. I de regionala

riktlinjerna gällande graviditetsövervakning/hälsovård står det under kategorin eftervård att ett samtal ska ske om samlivet. Det står däremot ingenting om vad som ska tas upp kring samlivet och vilka åtgärder som är tillgängliga vid problem (Region Skåne, 2013). Om riktlinjerna hade innehållit detta tror författarna att kvinnornas efterfrågade behov hade kunnat tillgodoses av barnmorskan då skyldigheten med eftervårdsbesöket skulle bli tydligare. Mer utbildning för barnmorskorna kring detta kan också leda till att de känner sig tryggare med att lyfta problemet och att ge information och råd kring det.

Konklusion och implikationer

Studiens resultat visar att det finns en ökad sannolikhet för sexuell dysfunktion 6-24 månader efter vaginal förlossning jämfört med innan den senaste förlossningen. Samlagssmärta innan förlossning, bristning och amning var associerat med sexuell dysfunktion. Det sågs även ett samband mellan variablerna bristning och amning och en negativ påverkan på domänerna orgasm, tillfredsställelse och smärta respektive lust, upphetsning och smärta. Det samband som kunde ses gällande sexuell hälsa och tid efter förlossning var att den sexuella hälsan efter 12-17 månader tillfälligt blev bättre men försämrades därefter igen vid 18-24 månader. Trots att majoriteten av de tillfrågade kvinnorna gick på sitt eftervårdsbesök var det mycket få av dessa som hade ett samtal kring sitt sexualliv. Med tanke på att det är så många kvinnor som faktiskt har problem med sin sexuella hälsa ser författarna ett stort behov av ytterligare forskning, utbildning och kunskap kring ämnet. Genom ökad kunskap blir barnmorskorna mer medvetna om problemet och får genom utbildning de verktyg de behöver för att kunna hjälpa kvinnorna.

Referenser

- Abdool, Z., Thakar, R. & Sultan, A. (2009). Postpartum female sexual function. *European journal of obstetrics och gynecology and reproductive biology*, (145), 133-137. doi: 10.1016/j.ejogrb.2009.04.014
- Ahlborg, T., Dahlöf, L.G. & Hagberg, L.R. (2005). Quality of the intimate and sexual relationships in first-time parent's six months after delivery. *Journal of sex research*, 42 (2), 167-174
- Andrews, V., Thakar, R., Sultan, AH. & Jones, PW. (2008). Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia: A prospective study. *European journal of obstetrics och gynecology and reproductive biology*, (137), 152-156. doi: 10.1016/j.ejogrb.2007.06.005
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R. & Manyonda, I. (2000). Women's health after childbirth. *British journal of obstetrics and gynecology* 107 (2), 186-195.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Folkhälsoinstitutet. (1999). *Sex i Sverige: Om sexuallivet i Sverige 1996*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet. Från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sex-i-sverige-om-sexuallivet-i-sverige-1996/>
- Folkhälsomyndigheten. (2017). *Stor undersökning om sexuell hälsa och rättigheter i Sverige*. Hämtad 4 december, 2017, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2017/mars/stor-undersokning-om-sexuell-halsa-och-rattigheter-i-sverige/>
- Glazener, CMA. (1997). Sexual function after childbirth: women's experience, persistent morbidity and lack of professional recognition. *British journal of obstetrics and gynecology*, 104, 330-335.
- Hallsdorsdottirs, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care: developing a theory*. Doktoravhandling. Lindköpings Universitet, Institutionen för vårdvetenskap.

- Halldórsdóttir, S. & Karlsdóttir, 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, 806-817.
- Johnson, CE. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum. *Journal of sexual medicine*, (8), 1267-1284. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x
- 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), 381-387.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber
- Polit, DF. & Beck, CT. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed). Philadelphia: Lippincott Company
- Region Skåne. (2013). *Basprogram för graviditetsövervakning/hälsovård: fördjupning*. Hämtad 28 november, 2017, från Vårdgivare Skåne, <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/basprogram-for-graviditetsovervakning---fordjupning-2017-03-03.pdf>
- Rogers, RG., Borders, N., Leeman, LM. & Albers, LL. (2009). Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *Journal of midwifery and women's health*, 54 (2), 98-103. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.09.001
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D. & D'Agostino, R-Jr. (2000). The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2000;26:191-208.
- 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.
- Samuelsson, E., Ladfors, L., Lindblom, B. & Hagberg, H. (2002). A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and riskfactors. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81(1), 44-9.

Signorello, LB., Harlow, BL., Chekos, AK. & Repke, JT. (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *American journal of obstetrics and gynecology*. doi: 10.1067/mob.2001.113855

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 21 februari, 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>

SFOG. (2016). *Mödrhälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa*. (nr 76). Från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2016/12/Modrahalsovard-Sexuell-och-Reproduktiv-Halsa-2016-Rev.-Bla-Bok.pdf>

World Health Organization. (2017). *Sexual and reproductive health*. Hämtad 20 december, 2017, från http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Wiegel, M., Metson, 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

Bilagor

Bilaga 1

348

Ryding and Blom

Female Sexual Function Index in the Polish population of females. *J Sex Med* 2013;10:386-95.
28 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental Disorders. 5th edition. Washington, DC: APA, 2013.

Appendix

Female Sexual Function Index (FSFI)

Datum för ifyllande:
år mån dag

Frågeformulär angående kvinnors sexuella funktion

Instruktion: Dessa frågor handlar om dina sexuella känslor och reaktioner under de senaste fyra veckorna. Var vänlig besvara följande frågor så ärligt och tydligt som möjligt. Dina svar kommer att hållas helt konfidentiella. Vid besvarandet av frågorna gäller följande definitioner:

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

Samlag kan definieras som penetration (intrång i) slidan med penis.

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

Kryssa endast en ruta per fråga.

Sexuell lust eller sexuellt intresse är en känsla som omfattar lusten att ha en sexuell upplevelse, känslan av att vara mottaglig för en partners sexuella initiativtagande, samt tankar och fantasier om att ha samlag.

- Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har du känt sexuell lust eller sexuellt 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
- Under de senaste fyra veckorna, hur skulle du bedöma din nivå (grad) av sexuell lust eller sexuellt intresse?
Mycket hög
Hög
Måttlig
Låg
Mycket låg eller ingen alls

Sexuell upphetsning är en känsla som innebär både fysiska är en känsla som och mentala aspekter. Det kan innebära känslor av värma eller pirrande i könsorgan, fuktrighet eller muskelsammandragningar.

- Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har du känt dig sexuellt upphetsad ("kåt") vid sexuell aktivitet 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
- Under de senaste fyra veckorna, hur skulle du bedöma din nivå (grad) av sexuell upphetsning vid sexuell aktivitet eller samlag?
Ingen sexuell aktivitet
Mycket hög
Hög
Måttlig
Låg
Mycket låg eller ingen alls

- Under de senaste fyra veckorna, hur säker var du på att bli sexuellt upphetsad vid sexuell aktivitet eller samlag?
Ingen sexuell aktivitet
Väldigt säker
Mycket säker
Måttligt säker
Ganska osäker
Mycket osäker eller fullständigt osäker
- Under samma tid, hur ofta har du varit tillfredsställd med din känsla av upphetsning vid sexuell aktivitet 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
- Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har du blivit fuktig ("våt") vid sexuell aktivitet 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
- Under de senaste fyra veckorna, hur svårt har det varit att bli fuktig ("våt") vid sexuell aktivitet eller samlag?
Ingen sexuell aktivitet
Extremt svårt eller omöjligt
Mycket svårt
Svårt
Lite svårt
Inte svårt
- Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har du bibehållit din fuktrighet till dess att sexuell aktivitet eller 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
- Under de senaste fyra veckorna, hur svårt har det varit att bibehålla din fuktrighet till dess att sexuell aktivitet eller samlag har fullbordats?
Ingen sexuell aktivitet
Extremt svårt eller omöjligt
Mycket svårt
Svårt
Lite svårt
Inte svårt
- Under 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
- Under de senaste fyra veckorna, hur svårt har det varit att få orgasm genom sexuell stimulans eller samlag?
Ingen sexuell aktivitet
Extremt svårt eller omöjligt
Mycket svårt
Svårt
Lite svårt
Inte svårt

J Sex Med 2015;12:341-349

13. Under de senaste fyra veckorna, hur **tillfredsställd** har du varit med din förmåga att få orgasm genom sexuell stimulans eller samlag?
- Ingen sexuell aktivitet
- Mycket tillfredsställd
- Måttligt tillfredsställd
- Lika tillfredsställd som otillfredsställd
- Något otillfredsställd
- Mycket otillfredsställd
14. Under de senaste fyra veckorna, hur **tillfredsställd** har du varit med den känslomässiga närheten mellan dig och din partner vid sexuell aktivitet?
- Ingen sexuell aktivitet
- Mycket tillfredsställd
- Måttligt tillfredsställd
- Lika tillfredsställd som otillfredsställd
- Något otillfredsställd
- Mycket otillfredsställd
15. Under de senaste fyra veckorna, hur **tillfredsställd** har du varit med ditt sexuella förhållande med din partner?
- Mycket tillfredsställd
- Måttligt tillfredsställd
- Lika tillfredsställd som otillfredsställd
- Något otillfredsställd
- Mycket otillfredsställd
16. Under de senaste fyra veckorna, hur **tillfredsställd** har du varit med ditt sexliv i allmänhet?
- Mycket tillfredsställd
- Måttligt tillfredsställd
- Lika tillfredsställd som otillfredsställd
- Något otillfredsställd
- Mycket otillfredsställd
17. Under 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
18. Under de senaste fyra veckorna, hur **ofta** har du upplevt obehag eller smärta **efter** 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
19. Under de senaste fyra veckorna, hur skulle du bedöma din **nivå** (grad) av obehag eller smärta vid eller efter vaginalt samlag?
- Inga försök till samlag
- Mycket hög
- Hög
- Måttlig
- Låg
- Mycket låg eller ingen alls

Bilaga 2

11/30/2017

Kvinnors sexuella hälsa efter vaginal förlossning - en enkätstudie om sexuell hälsa 6-24 månader efter förlossning.

Kvinnors sexuella hälsa efter vaginal förlossning - en enkätstudie om sexuell hälsa 6-24 månader efter förlossning.

*Obligatorisk

Allmänna Frågor

1. 1. Hur gammal är du (år)? *

2. 2. Vilken är din högsta utbildning? *

Markera endast en oval.

- Gymnasium
 Högskola/Universitet
 Grundskola eller kortare

3. 3. Har du fast partner? *

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej

4. 4. Har du haft samlag efter förlossningen? *

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej

5. Om ja, hur många veckor efter förlossningen hade du samlag för första gången?

6. 5. Har du haft samlag under de senaste 4 veckorna? *

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej

7. Om du inte haft samlag de senaste fyra veckorna, beror det på: (ange Ja/Nej på varje alternativ)

Markera endast en oval per rad.

	Ja	Nej
Smärta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minskad lust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minskad lubrikation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trötthet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Har du efter förlossningen varit på ett uppföljningssamtal hos din barnmorska på barnmorskemottagningen? *

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej
 Vet ej

9. Blev du vid detta uppföljningssamtalet hos din barnmorska tillfrågad om ditt sexualliv? *

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej
 Vet ej

10. Hade ni ett samtal kring ditt sexualliv?

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej
 Vet ej

Frågor kring din förlossning**11. 9. Hur många barn har du fött? ***

12. 10. Hur många barn har du fött vaginalt? *

13. 11. Är ditt senaste barn fött vaginalt? *

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej

14. 12. Hur många månader är ditt senaste födda barn? *

15. 13. Användes det under din senaste förlossning sugklocka för att hjälpa barnet ut? **Markera endast en oval.*

- Ja
 Nej
 Vet ej

16. 14. Användes det under din senaste förlossning tång för att hjälpa barnet ut? **Markera endast en oval.*

- Ja
 Nej
 Vet ej

17. 15. Fick du någon bristning i underlivet vid din senaste förlossning? **Markera endast en oval.*

- Ja
 Nej
 Vet ej

18. 16. Blev du klippt i underlivet vid din senaste förlossning? **Markera endast en oval.*

- Ja
 Nej
 Vet ej

19. 17. Har du innan graviditeten upplevt obehag eller smärta vid vaginalt samlag? **Markera endast en oval.*

- 1 2 3 4 5
- Aldrig Ja vid varje samlag

20. 18. Ammar du fortfarande ditt senaste barn? **Markera endast en oval.*

- Ja, helt
 Ja, delvis
 Nej

Frågeformulär angående kvinnors sexuella funktion

Instruktion:

Dessa frågor handlar om dina sexuella känslor och reaktioner under de senaste FYRA veckorna. Var vänlig besvara följande frågor så ärligt och tydligt som möjligt. Dina svar kommer att hållas helt konfidentiella. Vid besvarandet av frågorna gäller följande definitioner:

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

Samlag kan definieras som penetration (intrång i) slidan med penis.

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

Sexuell lust eller sexuell intresse är en känsla som omfattar lusten att ha en sexuell upplevelse, känslan av att vara mottaglig för en partners sexuella initiativtagande, samt tankar och fantasier om att ha samlag.

Kryssa endast en ruta per fråga.

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

Markera endast en oval.

- 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

22. 20. Under de senaste fyra veckorna, hur skulle du bedöma din nivå (grad) av sexuell lust eller sexuell intresse? *

Markera endast en oval.

- Mycket hög
- Hög
- Måttlig
- Låg
- Mycket låg eller ingen alls

Sexuell upphetsning är en känsla som innebär både fysiska och mentala aspekter. Det kan innebära känslor av värme eller pirrande i könsorgan, fuktighet eller muskelsammandragningar.

23. 21. Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har du känt dig sexuell upphetsad ("kåt") vid sexuell aktivitet eller samlag? *

Markera endast en oval.

- 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

24. **22. Under de senaste fyra veckorna, hur skulle du bedöma din nivå (grad) av sexuell upphetsning vid sexuell aktivitet eller samlag? ***

Markera endast en oval.

- Ingen sexuell aktivitet
- Mycket hög
- Hög
- Måttlig
- Låg
- Mycket låg eller ingen alls

25. **23. Under de senaste fyra veckorna, hur säker var du på att bli sexuellt upphetsad vid sexuell aktivitet eller samlag? ***

Markera endast en oval.

- Ingen sexuell aktivitet
- Våldigt säker
- Mycket säker
- Måttligt säker
- Ganska osäker
- Mycket osäker eller fullständigt osäker

26. **24. Under samma tid, hur ofta har du varit tillfredsställd med din känsla av upphetsning vid sexuell aktivitet eller samlag? ***

Markera endast en oval.

- 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

27. **25. Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har du blivit fuktig("våt") vid sexuell aktivitet eller samlag? ***

Markera endast en oval.

- 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

28. **26. Under de senaste fyra veckorna, hur svårt har det varit att bli fuktig ("våt") vid sexuell aktivitet eller samlag? ***

Markera endast en oval.

- Ingen sexuell aktivitet
- Extremt svårt eller omöjligt
- Mycket svårt
- Svårt
- Lite svårt
- Inte svårt

29. **27. Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har du bibehållit din fuktighet till dess att sexuell aktivitet eller samlag har fullbordats? ***

Markera endast en oval.

- 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

30. **28. Under de senaste fyra veckorna, hur svårt har det varit att bibehålla din fuktighet till dess att sexuell aktivitet eller samlag har fullbordats? ***

Markera endast en oval.

- Ingen sexuell aktivitet
- Extremt svårt eller omöjligt
- Mycket svårt
- Svårt
- Lite svårt
- Inte svårt

31. **29. Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har fått orgasm genom sexuell stimulans eller samlag? ***

Markera endast en oval.

- 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

32. **30. Under de senaste fyra veckorna, hur svårt har det varit att få orgasm genom sexuell stimulans eller samlag? ***

Markera endast en oval.

- Ingen sexuell aktivitet
- Extremt svårt eller omöjligt
- Mycket svårt
- Svårt
- Lite svårt
- Inte svårt

33. **31. Under de senaste fyra veckorna, hur tillfredsställd har du varit med din förmåga att få orgasm genom sexuell stimulans eller samlag? ***

Markera endast en oval.

- Ingen sexuell aktivitet
- Mycket tillfredsställd
- Måttligt tillfredsställd
- Lika tillfredsställd som otillfredsställd
- Något otillfredsställd
- Mycket otillfredsställd

34. **32. Under de senaste fyra veckorna, hur tillfredsställd har du varit med den känslomässiga närheten mellan dig och din partner vid sexuell aktivitet? ***

Markera endast en oval.

- Ingen sexuell aktivitet
- Mycket tillfredsställd
- Måttligt tillfredsställd
- Lika tillfredsställd som otillfredsställd
- Något otillfredsställd
- Mycket otillfredsställd

35. **33. Under de senaste fyra veckorna, hur tillfredsställd har du varit med ditt sexuella förhållande med din partner? ***

Markera endast en oval.

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

36. **34. Under de senaste fyra veckorna, hur tillfredsställd har du varit med ditt sexliv i allmänhet? ***

Markera endast en oval.

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

37. **35. Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har du upplevt obehag eller smärta vid vaginalt samlag? ***

Markera endast en oval.

- Inga försök till samlag
- Nästan alltid eller alltid
- Mer än hälften av gångerna
- Ungefär hälften av gångerna
- Mindre än hälften av gångerna
- Nästan aldrig

38. **36. Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har du upplevt obehag eller smärta efter vaginalt samlag? ***

Markera endast en oval.

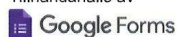
- Inga försök till samlag
- Nästan alltid eller alltid
- Mer än hälften av gångerna
- Ungefär hälften av gångerna
- Mindre än hälften av gångerna
- Nästan aldrig eller aldrig

39. **37. Under de senaste fyra veckorna, hur skulle du bedöma din nivå (grad) av obehag eller smärta vid eller efter vaginalt samlag? ***

Markera endast en oval.

- Inga försök till samlag
- Mycket hög
- Hög
- Måttlig
- Låg
- Mycket låg eller ingen alls

Tillhandahålls av



Bilaga 3

Domain	Questions	Score Range	Factor	Minimum Score	Maximum Score	Score
Desire	1, 2	1 – 5	0.6	1.2	6.0	
Arousal	3, 4, 5, 6	0 – 5	0.3	0	6.0	
Lubrication	7, 8, 9, 10	0 – 5	0.3	0	6.0	
Orgasm	11, 12, 13	0 – 5	0.4	0	6.0	
Satisfaction	14, 15, 16	0 (or 1) – 5	0.4	0.8	6.0	
Pain	17, 18, 19	0 – 5	0.4	0	6.0	
Full Scale Score Range				2.0	36.0	