



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Kvinnors upplevelse av sexuell hälsa under klimakteriet
- en intervjustudie

Women's experience of sexual health during menopause
- an interview study

Författare: Linda Neftonsson & Sara Persson

Handledare: Pernilla Ny

Examinator: Maria Ekstrand Ragnar

Magisteruppsats

Våren 2021

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

Abstrakt

Bakgrund: Sexuell hälsa är en mänsklig rättighet och historiskt sett har kvinnans sexualitet varit tabu och ett känsligt ämne att utforska. Klimakteriet är en naturlig fas i alla kvinnors liv som börjar en tid innan kvinnans sista menstruation, så kallad menopaus och fortgår livet ut. Enligt barnmorskans kompetensbeskrivning ska barnmorskor ha kompetens att ge information till kvinnor om sexuell hälsa och de hormonella förändringarna som sker i samband med klimakteriet.

Syfte: Syftet var att undersöka kvinnors upplevelse av sin sexuella hälsa under klimakteriet.

Metod: Totalt intervjuades 17 kvinnor i åldern 50–60 år, därefter genomfördes en kvalitativ innehållsanalys med hjälp av Graneheim och Lundmans beskrivning.

Resultat: Tre huvudkategorier framkom; *Den sexuella hälsan förändras*, *En tid av många känslor* och *Utmaning att uppnå sexuell hälsa under klimakteriet* samt tillhörande underkategorier.

Slutsats: Kvinnor i klimakteriet har en stor önskan av att få samtala kring klimakteriet och sexuell hälsa. Upplevelsen av den sexuella hälsan kan förändras under klimakteriet, lust och kåthet kan gå förlorad men kan även vara densamma eller öka. Att få hjälp med sin sexuella hälsa kan upplevas som en utmaning.

Nyckelord: Sexuell hälsa; Klimakteriet; Barnmorskans roll; Empowerment; Självförmåga

Innehållsförteckning

Abstrakt	2
Problemområde	5
Bakgrund	6
Sexuell hälsa	6
Klimakteriet	6
Symtom.....	7
Behandlingsalternativ	8
Teoretiskt perspektiv och barnmorskans roll	8
Livskvalité	8
Empowerment.....	9
Självförmåga.....	9
Barnmorskans roll.....	9
Syfte	10
Metod	10
Design	10
Urval	11
Instrument	11
Datainsamling	11
Analys av data.....	12
Forskningsetiska avvägningar.....	13
Författarnas förståelse	14
Resultat.....	14
Den sexuella hälsan förändras.....	15
Lust och sex förändras	15
Kroppsliga förändringar.....	16
En tid av många känslor.....	17
Känslor som livsglädje, sorg och saknad.....	17
Att förhålla sig till en ny kropp.....	18
Utmaning att uppnå sexuell hälsa under klimakteriet	19
Svårt att få hjälp.....	19
Försök till att främja den sexuella hälsan	20
Önskan att få stöd och samtal	21
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion.....	25
Sexuell hälsa en mänsklig rättighet	25
Den sexuella hälsans påverkan på livskvalitén.....	25
Empowerment och självförmågans betydelse.....	27

Hur barnmorskan kan främja sexuell hälsa.....	28
Konklusion och implikationer	29
Referenser.....	31
Arbetsfördelning.....	35
Bilaga 1 (1).....	36

Problemområde

Klimakteriet är en normal övergångsperiod i alla kvinnors liv som kan börja några år innan kvinnans sista menstruation och sedan fortgå flertalet år efter. Kvinnans sista menstruation kallas för menopaus, den kan konstateras efter en blödningsfri period på tolv månader (Socialstyrelsen, 2020a). Kvinnor i klimakteriet har ett lika stort behov av den sexuella hälsan som yngre kvinnor men hälso-och sjukvårdspersonal fokuserar mer på att samtala om den sexuella hälsan med unga kvinnor. Det är en rättighet för alla kvinnor att ha sexuell hälsa, oavsett ålder och civil status. Kvinnor i dagens samhälle har ett fortsatt aktivt sexliv även i den senare delen av livet (Lusti-Narasimhan & Beard, 2013).

Forskning om kvinnors sexuella hälsa har historiskt inte utforskats i så stor utsträckning då ämnet ansetts vara känsligt och tabu i många samhällen (Hulter, 2018). Den forskning som har fokuserat på klimakteriet har mest varit koncentrerad till kvinnans kroppsliga besvär och inte på hur den sexuella hälsan kan främjas. Den sexuella hälsan hos kvinnor är betydande för den individuella känslan av livskvalité (Gozuyesil et al., 2018; Nappi & Lachowsky, 2009). Författarna önskar att få lyfta kvinnors egna upplevelser av den sexuella hälsan under klimakteriet för att öka kunskapen om deras behov. Fördjupad kunskap om kvinnors upplevelse kan förbättra förutsättningen för barnmorskor att samtala med kvinnor om den sexuella hälsan i klimakteriet.

Bakgrund

Sexuell hälsa

WHO:s (2006) definition på sexuell hälsa är ett tillstånd av emotionellt, fysiskt, socialt och mentalt välbefinnande i relation till sexualitet. Sexuell hälsa kan finnas trots sjukdom, funktionsnedsättning eller annan kroppslig svårighet. För att människan ska uppnå sexuell hälsa krävs en chans till njutbara och säkra sexuella upplevelser utan tvång, våld och diskriminering. Känslan av sexuell hälsa uppnås när människans sexuella rättigheter blir respekterade, tillfredsställda samt skyddade (WHO, 2006).

Hulter (2018) beskriver att sexualitet är för många människor njutning och lust men kan också användas för att kontrollera och utnyttja utsatta människor. Vad som ger lust och njutning till människan är individuellt. Samhälle, kultur och religion kan påverka människors möjlighet att uttrycka den individuella sexualiteten. Historiskt har det inte forskats kring människors sexuella hälsa i så stor utsträckning, vilket kan förklaras genom att det har varit och är i vissa delar av världen fortsatt tabu och ett känsligt ämne att utforska. Lusti-Narasimhan och Beard (2013) belyser att det råder tabu internationellt om äldre människors sexualitet. Internationellt bortses generellt äldre människors sexuella hälsa i media och i de akademiska diskussionerna. Kvinnor är idag fortsatt sexuellt aktiva även i den senare delen av livet. Kvinnor över 40 års ålder kan ha ett riskbeteende vid sexuell aktivitet och utsätta sig själva och andra för en ökad risk att drabbas av sjukdomar som smittar vid sex. Postmenopausala kvinnor smittas lättare av sexuellt överförbara infektioner på grund av de fysiologiska förändringar som sker i vagina i klimakteriet (Lusti-Narasimhan & Beard, 2013).

Klimakteriet

Klimakteriet är en naturlig övergångsperiod som påbörjas i nära anslutning till kvinnans menopaus, perioden kan skifta från några månader till flertalet år. Menstruationen upphör på grund av att det finns färre antal oocyter i ovarierna, så småningom upphör ovulationen och ger därmed sjunkande östrogennivåer i blodet (Socialstyrelsen, 2020a). Åldern då menopausen inträffar varierar, normalt sett sker det mellan 40–58 års ålder. Klimakteriet är indelat i tre olika faser, den första karaktäriseras av att kvinnan har oregelbundna menstruationer, den perimenopausala fasen. Därefter sker menopaus som sedan övergår till

klimakteriets sista fas, den postmenopausala fasen som fortgår livet ut (Wesström & Sundström Poromaa, 2010). I vissa fall kan kvinnor komma in i menopaus innan 40 års ålder och det kallas då prematur menopaus och om menopaus inträffar mellan åldern 40–45 kallas det för tidig menopaus (Shuster et al., 2010). Det finns ett samband mellan tidig menopaus, låg socioekonomisk status och etnicitet. Om kvinnan ej fött barn, har lågt BMI, är rökare eller aldrig använt p-piller finns det även där samband med tidig menopaus (Wesström & Sundström Poromaa, 2010).

Symtom

En del kvinnor upplever klimakteriet som något positivt, de gläds åt ett liv utan menstruation och minskat eller inget behov av preventivmedel (Ryding, 2018). Ussher et al. (2015) visar att kvinnor kan uppleva kroppsliga förändringar vid klimakteriet men att det inte behöver påverka lusten eller den sexuella aktiviteten. Det är vilken kultur och relation kvinnan befinner sig i som påverkar hur kvinnan och paret tillsammans upplever de kroppsliga förändringarna som sker vid klimakterie. En del kvinnor upplever en ökad sexlust och känner sig mer bekväma i kroppen under klimakteriet (Ussher et al, 2015).

Det finns en rad olika symtom som kvinnor kan uppleva vid klimakteriet, de symtom som vanligtvis yttrar sig är värmevallningar, slemhinnor som blir torra samt mer ömtåliga och sömnstörningar på grund av eventuella svettningar nattetid (Wesström & Sundström Poromaa, 2010). Sömnstörningar kan påverka kvinnans sexuella lust och tillfredsställelse (Ryding, 2018; Xu et al., 2014). De vanligaste anledningarna till att kvinnor upplever sexuella svårigheter under klimakteriet är kroppens åldrande och de minskade östrogennivåerna i kroppen (Lusti-Narasimhan & Beard, 2013; Nappi & Lachowsky, 2009). Ryding (2018) belyser att kvinnans förmåga att uppnå orgasm är oförändrad, det kan dock krävas längre tid av stimulans för att uppnå orgasm på grund av minskad känslighet för beröring (Ryding, 2018). De minskade östrogennivåerna under perimenopaus leder till ett minskat blodflöde till de yttre könsorganen och vagina. Med minskat blodflöde påverkar det förmågan att lubricera och kan ge en sexuell dysfunktion hos kvinnan. Vad som även kan påverka kvinnans sexuella lust är förändrade par- och familjerelationer, socioekonomiska förhållanden och levnadsvanor som förändras med stigande ålder (Wesström & Sundström Poromaa, 2010). En del kvinnor upplever klimakteriet som att de gått miste om sin femininitet och känner sig äldre (Ussher et al., 2015).

Den sexuella lusten kan påverkas negativt på grund av bland annat av sjukdom hos kvinnan eller partnern, eller avsaknad av partner. Om kvinnan lever i en relation påverkas den sexuella hälsan utav partners intresse för relationen (Ryding, 2018).

Behandlingsalternativ

Hälsosamma levnadsvanor kan lindra de symtom som kan uppstå i samband med klimakteriet. Att sluta röka, regelbundna matvanor och goda sömnvanor kan bidra till mindre kroppsliga symtom. Avslappningsträning kan lindra besvär med värmevallningar och svettningar (Socialstyrelsen, 2020a). Fysisk aktivitet främjar både fysiskt och psykiskt välmående hos kvinnor under klimakteriet (Ussher et al., 2015). Styrketräning har god effekt på att lindra värmevallningar under klimakteriet. Att styrketräna ger även kvinnorna andra positiva hälsoeffekter (Berin et al. 2019). Akupunktur kan förbättra livskvalité för kvinnor i klimakteriet genom att lindra värmevallningar, svettningar och förbättra sömnkvaliteten (Avis et al., 2016; SFOG, 2019). Läkemedel innehållande östrogen eller progesteron i form av tabletter, plåster eller spray kan lindra bland annat värmevallningar och svettningar. För de kvinnor som inte kan behandlas med östrogenpreparat på grund av kontraindikationer som tidigare eller aktuell bröst-eller livmodercancer, hjärtinfarkt, kärlkramp, stroke, pågående blodpropp samt allvarlig leversjukdom får använda icke farmakologiska behandlingsalternativ (Socialstyrelsen 2020a).

Teoretiskt perspektiv och barnmorskans roll

Livskvalité

WHO (2021) definierar livskvalité som människans egen uppfattning om livssituationen i relation till kultur och normer. Människans mål, förväntningar, bekymmer och intressen påverkar även livskvalitén (WHO, 2021). Enligt Nationalencyklopedin (2020) beskrivs livskvalité som ett mätvärde på en människas livsvärde, det är inte en direkt siffra utan ett värde på exempelvis människans miljö eller samvaro. Nappi och Lachowsky (2009) visar att både män och kvinnor som har sexuella svårigheter kan få en nedsatt livskvalité. Det finns ett samband mellan sexuella svårigheter hos kvinnor och deras upplevelse av lust samt emotionellt och fysiskt välbefinnande (Nappi & Lachowsky, 2009). Gozuyesil et al (2017)

belyser också att känsla av livskvalité hos kvinnor i klimakteriet påverkas av eventuella sexuella svårigheter. Ngai (2019) visar att kvinnans individuella upplevelse av klimakteriesymtom påverkas av hennes copingstrategier och känsla av sammanhang. En stark känsla av sammanhang ger en betydande känsla av livskvalité (Eriksson & Lindström, 2007).

Empowerment

Enligt Hermansson och Mårtensson (2011) kan empowerment ses som en process där människan får kraft att hantera situationen med målet att nå ett självbestämmande. Empowerment i barnmorskans profession innebär att utveckla en förtroendeingivande relation med kvinnor de möter. Barnmorskan har utifrån empowerment som mål att skapa en inre process hos kvinnan till att reflektera över den livssituation kvinnan befinner sig i, att utveckla en medvetenhet om sin självförmåga. Barnmorskan ska möta kvinnan där hon befinner sig, skapa engagemang till att kvinnan själv ska kunna fatta beslut. I empowermentprocessen mellan barnmorskan och kvinnan sker ett utbyte av att lyssna, bekräfta och ett diskuterande. Målet är att utveckla en relation med hänsyn till varandra, där integritet värnas. Barnmorskan kan få empowerment av utbildning, genom att själv ha styrkan av empowerment kan barnmorskan påverka kvinnors livskvalité (Hermansson & Mårtensson, 2011).

Självförmåga

Självförmåga ingår som ett begrepp i Banduras socialkognitiva teori. Där definieras självförmåga som människans tro på sin egen förmåga att i olika situationer, även i en problematisk situation kunna anta ett visst beteende för att hantera situationen (Bandura, 1977). Enligt Svensk MeSH (Karolinska Institutet, 2020) förklaras att självförmåga är en intellektuell process som grundas på människors övertygelse eller förväntning att kunna agera på ett sätt som behövs för att ge en viss effekt.

Barnmorskans roll

Enligt ICM's etiska kod (2013) och kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska (2018) ska barnmorskor stärka kvinnors självförmåga till att ta kontroll över hälsan för att kunna bevara det fysiska, psykiska och sociala välbefinnandet. Sexuell hälsa och klimakteriet ingår i barnmorskans kunskapsområde som grundar sig ur ett livscykel-, genus- och rättighetsperspektivet. Barnmorskor ska ha kompetens att ge information till kvinnor om de

hormonella förändringarna som sker och om sexuell hälsa i samband med menopaus och klimakteriet (Svenska Barnmorskeförbundet, 2019). Hughes och Lewinson (2015) visar att kvinnor i klimakteriet upplever det positivt att samtala om sexuell hälsa med hälso-och sjukvårdspersonal. Samtal om sexuell hälsa kan främja kvinnors livskvalitet, då sexuell hälsa är en del av den vuxna människans grundläggande behov (Nappi & Lachowsky, 2009). Hälso-och sjukvårdspersonal kan underlätta för kvinnor som genomgår klimakteriet genom att informera om de normala kroppsliga och psykosociala förändringarna som kan upplevas. Genom information från hälso-och sjukvården kan kvinnan i klimakteriet lättare acceptera de förändringarna som sker och vid behov finna ett nytt sätt att uttrycka sin sexualitet (Lusti-Narasimhan & Beard, 2013). Om kvinnor i klimakteriet får ökad kunskap om klimakteriet och dess innebörd kan det inbringa en styrka till dem själva, vilket kan ge en känsla av kontroll och förhöjd självförmåga (Harris, 2013).

Syfte

Syftet var att beskriva kvinnors upplevelse av sin sexuella hälsa under klimakteriet.

Metod

Design

En kvalitativ intervjustudie har genomförts för att nå fördjupad kunskap om kvinnors upplevelse av sexuell hälsa under klimakteriet. En kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats valdes som analysmetod. Den kvalitativa metoden innebär att studera människans levda erfarenhet av ett visst fenomen. Metoden har som mål att finna kategorier eller beskrivningar som skildrar fenomen eller samband i människans livsvärld (Olsson & Sörensen, 2011). Livsvärlden är den verklighet människan dagligen lever i och konstant tar för givet, ibland medvetet men även omedvetet (Persson & Sundin, 2013).

Urval

Ett subjektivt urval har använts för att hitta respondenter. Subjektivt urval innebär att respondenter anmäler sig frivilligt på ett icke slumpmässigt sätt eller att författarna väljer ut respondenter subjektivt (Olsson & Sörensen, 2011). Inklusionskriterier var kvinnor i åldrarna 50–60 år som kunde förstå och göra sig förstådda på svenska. På grund av rådande omständigheter kring covid-19 valdes sociala medier för rekrytering. Sociala medier som användes var Facebook, där förfrågan om tillåtelse att finna respondenter skickades till gruppadministratörer för grupperna: *Klimakteriekärringar som pratar om (nästan) allt*, *Klimakteriekärringar* och *Klimakteriepodden*. Svar erhöles från två av grupperna, där *Klimakteriepodden* valde att inte besvara förfrågan. Grupperna riktade sig till kvinnor som var på väg eller redan var i klimakteriet. Den ena gruppen var mer öppen för samtal om allt i livet medan den andra var mer inriktad på samtal om klimakteriet. Via ett inlägg i de två olika grupperna publicerades information angående studien, vidare fick kvinnorna som önskade delta eller få mer information kontakta författarna i ett privat meddelande. Ett stort antal kvinnor önskade delta, därav valde författarna att skicka ut information och samtyckesblankett via brev eller mejl till totalt 29 kvinnor, författarna räknade med att det kunde bli ett bortfall. Totalt medverkade 17 respondenter av 29. En inbokad intervju ställdes in på grund personliga omständigheter hos respondenten och resterande uteblivna respondenter valde att inte skicka tillbaka samtyckesblanketten.

Instrument

En semistrukturerad intervjuguide utformades som hjälp till för författarna under intervjuerna för att samtalet skulle inriktas på syftets frågeställning. Den inledande frågan var "*Hur skulle du vilja beskriva din sexuella hälsa?*", följdfrågor ställdes hur klimakteriet hade påverkat den sexuella hälsan och om några egenvårdsstrategier hade använts, var god se bilaga 1. I de fall kvinnorna önskade gavs en definition av sexuell hälsa.

Datainsamling

Insamling av data har skett genom enskilda intervjuer. Då sexuell hälsa kan upplevas som känsligt valdes enskilda intervjuer framför fokusgrupper. De två första intervjuerna fungerade som provintervjuer där författarna tillsammans medverkade för att bekanta sig med intervjuguiden och tillvägagångssättet. Enligt Danielsson (2013) används provintervjuer till

att testa intervjuguiden, den tekniska utrustningen och att författarna får en känsla för att intervjua. Provintervjuerna genomfördes och författarna upplevde att intervjuer lyckades bra, därför valdes även de att inkluderas i resultatet. Efter de två provintervjuerna utfördes intervjuerna med endast en författare. Neftonsson genomförde fem intervjuer och Persson genomförde tio intervjuer, författarna hade delat upp jämt antal respondenter mellan sig dock valde fler av Neftonssons respondenter att avstå varpå det blev en skev fördelning. Intervjuerna hölls digitalt via zoom och telefon på grund av rådande omständigheter kring Covid-19. Intervjuerna spelades in med lånad utrustning från Lunds universitet eller via zoom och sparades på USB-minne, intervjuerna varade mellan 13–42 minuter med ett medelvärde på 19 minuter. USB-minne förvarades inlåst på en säker plats som endast författarna hade tillgång till. Efter godkänd examination kommer all ljudinspelning att förstöras.

Analys av data

Innehållsanalysen genomfördes med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning. Vid en innehållsanalys ska de meningsbärande enheterna i texten identifieras, därefter kondenseras de meningsbärande enheterna och koder tas ut. Fortsatt jämförs koder och sorteras beroende på skillnader och likheter, därifrån skapas underkategori och kategorier vilket utgör resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). Ljudmaterialet transkriberades av den författare som utfört intervjun, transkriberingen skedde fortlöpande och varje intervju namngavs med en siffra. De gemensamma intervjuerna transkriberades av Neftonsson. Det transkriberade materialet skickades till ansvarig handledare och respektive författare. Materialet lästes igenom enskilt mer än en gång och sedan valdes meningsbärande enheter ut var för sig och sedan tillsammans. Efter att gemensamma meningsbärande enheter valts ut, kondenserades och kodades en intervju tillsammans och resterande 16 intervjuer var för sig. Gemensam kodning gjordes därefter och underkategorier och kategorier växte fram som sedan utgjorde resultatet. Under analysprocessen har utdrag från både kondensering och resultat skickats till ansvarig handledare för återkoppling vid arbetsseminarium har arbetet granskats av andra barnmorskestudenter.

Tabell 1: Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Under-kategori	Huvud-kategori
<p><i>“Jag mår jättebra och sen har jag experimenterat lite fram och tillbaka med vilken sort och på vilket intagnings sätt ska jag ta det här då för att förhindra, eller minska risk så mycket som möjligt. För jag tänker aldrig sluta med östrogen. Det ska jag fortsätta med tills jag dör. Jag vill inte bli en lustlös, torr.”</i> (Intervju 2)</p>	<p>Mår nu jättebra, tänker aldrig sluta med extra östrogen, testat olika intagnings sätt för att förhindra eller minska risk med så mycket som möjligt. Vill inte bli lustlös, torr.</p>	<p>God effekt av östrogen för lusten</p>	<p>Försök till att främja den sexuella hälsan</p>	<p>Utmaning att uppnå sexuell hälsa under klimakteriet</p>
<p><i>“Nää, nej faktiskt inte. Nä inget tips och trix, eller nånting. Det har liksom bara, min kropp tycks ha funkad mycket bättre dom senaste åren än vad den har gjort förut, ehhh. Det är bara mitt eget inre liksom som har funkad”.</i> (Intervju 14)</p>	<p>Min kropp tycks ha fungerat mycket bättre de senaste åren än vad den gjort förut. Det är mitt inre som funkar.</p>	<p>Kropp och inre fungerar</p>	<p>Känslor som livsglädje, sorg och saknad</p>	<p>En tid av många känslor</p>

Forskningsetiska avvägningar

Enligt Helsingforsdeklarationen (2013) ska ett informerat samtycke alltid ges från deltagare i den vetenskapliga studien och all forskning ska utföras med syftet att göra gott för deltagargruppen. Deltagarnas välbefinnande och hälsa ska alltid värnas framför samhällets intresse. I enlighet med Helsingforsdeklarationen (2013) ansökte författarna om ett etiskt godkännande från den Vårdvetenskapliga etiknämnden. Efter godkännande påbörjades datainsamling till studien. Enligt Stafström (2017) är det av betydelse att respondenterna har en anonymitet, vilket kan uppnås genom att respondenternas identitet ej namnges vid ljudinspelning. Konfidentialitet ska även upprättas genom att ljudinspelningen förvaras på ett säkert ställe och skyddas från att obehöriga tar del av materialet (Stafström, 2017). ICM's etiska kod för barnmorskor (2014) belyser bland annat att barnmorskor ska ha som mål att främja kunskap där kvinnors rättigheter skyddas. Författarna var medvetna om att det kunde vara ett känsligt ämne att berätta om sin sexuella hälsa. I enlighet med ovan säkerställde

författarna att respondenterna fick skriftlig information om studiens syfte och att de fick delge ett skriftligt samtycke till deltagande innan intervjun. Respondenterna fick återigen vid intervjudagen muntlig information om att de när som helst kunde välja att avsluta samtalet och att de kunde välja att inte besvara frågor som upplevdes känsliga. Respondenternas identitet skyddades under hela studien genom att deras namn inte nämndes vid ljudupptagningen. Efter intervjuerna informerades respondenterna att de kunde kontakta författarna om frågor som rörde studiens innehåll.

Författarnas förförståelse

Författarna är legitimerade sjuksköterskor som studerar till barnmorskor, därav fanns det en viss grundkunskap om vad klimakteriet innebär fysiologiskt för kvinnan. Författarna tänkte att kvinnors sexuella hälsa kunde påverkas i klimakteriet genom exempelvis kroppsliga förändringar, framför allt av torra slemhinnor i underlivet. Neftonsson tänkte att kvinnor i dagens samhälle var mer sexuellt aktiva jämfört med förr i tiden. Medan Persson tänkte att den sexuella hälsan förbättrades i klimakteriet då kvinnan kunde finna mer tid till sig själv och inte ha samma behov av att ta hand om eventuella barn som tidigare i livet. Författarna hade för avsikt att inte låta förförståelsen påverka resultatet.

Resultat

Utifrån syftet att beskriva kvinnors upplevelse av sin sexuella hälsa under klimakteriet framkom tre huvudkategorier med tillhörande underkategorier, som visas i tabell 2.

Tabell 2: Huvudkategori och underkategori

Huvudkategori	Den sexuella hälsan förändras	En tid av många känslor	Utmaning att uppnå sexuell hälsa under klimakteriet
Underkategori	Lust och sex förändras Kroppsliga förändringar	Känslor som livsglädje, sorg och saknad Känslan att förhålla sig till en ny kropp	Svårt att få hjälp Försök till att främja den sexuella hälsan Önskan att få stöd och samtal

Den sexuella hälsan förändras

Det framkom att sexuell hälsa var en central del av hälsan och att den förändras under klimakteriet. Förändringen i den sexuella hälsan kunde bero på att lust och kåthet ändrades eller på grund av kroppsliga förändringar. Lusten var en stor del av den personliga identiteten och den sexuella hälsan.

Lust och sex förändras

Kontakten med den sexuella hälsan förändrades beroende på vilken fas i livet kvinnan befann sig i och dess olika utmaningar. Klimakteriet ansågs vara en ny fas i livet som hade en påverkan på upplevelsen av den sexuella hälsan. Det upplevdes att den sexuell hälsan i klimakteriet kunde trappas ner och försvagas. De intervjuade kvinnor beskrev att sex alltid hade varit en stor del av livet, det var av betydelse för välmåendet att ha en god sexuell hälsa. Lusten påverkade kvinnornas upplevelse av välbefinnande. Om kvinnorna hade samma eller ökad lust i klimakteriet upplevdes ofta den sexuella hälsan som god, de kvinnorna upplevde även en bra relation med sin partner. Ifall lusten avtog eller försvann vid klimakteriet beskrevs den sexuella hälsan som mindre god.

*För jag har alltid känt, eller jag är väldigt sexuell, sex har alltid haft en stor plats i mitt liv. Det har varit viktigt för välmåendet. Av alla de här skälen som du sa. Både socialt, för mig själv, eller så. Aa sen tänkte jag, ska det vara på det här sättet liksom?
(Intervju 2)*

Kvinnorna beskrev att hela den sexuella lusten ändrades och att sex inte var lika intressant längre. Lusten avtog successivt då kåtheten uteblev. Lusten hörde ihop med känslan av kvinnlighet och upplevdes vara kopplad till hjärnan, lust och kåthet kunde finnas men blev ingen respons i kroppen. Det beskrevs även tvärtom, att om lusten saknades uteblev den fysiska responsen i kroppen. Kvinnorna berättade att lusten ibland försvann under sexet, och att det vid sådana tillfällen blev en direkt fysisk respons i kroppen genom att exempelvis underlivet blev torrt.

*“Det enda som jag märkt är att jag blir kåt snabbare i huvudet än i underlivet. Det hänger liksom inte med riktigt längre, jag blir liksom inte lika våt lika snabbt som jag blev innan.”
(Intervju 16).*

Ja, det är lite svårt att säga vad som är hönan eller ägget, men jag tror att det är själva lusten, att det är i hjärnan det sitter i höllt jag på att säga. Men har man ingen lust så blir man ju inte våt heller så att säga, det är ju så det är... (Intervju 13)

En minskad lust kunde leda till ett förändrat sexliv. Då lusten uteblev upplevdes sexet mer ljummet och att sexet var inte detsamma som tidigare. Ett psykiskt och fysiskt välbefinnande infann sig när kvinnorna hade sex, dock upplevdes sex inte lika prioriterat och aktivt som förr. Känslan av orgasm kunde bli försvagad då lusten inte längre fanns, det var svårare att nå klimax. För att komma till klimax i klimakteriet behövdes ibland mer tid av stimulans, en känsla av att startsträckan innan orgasmen saknades.

“Ja, alltså, en kvinnas orgasm har ju förändrats tycker jag. För tidigare så var den mycket djupare än den är nu, det tycker jag är den stora skillnaden.” (Intervju 6)

I vissa perioder kunde klimakteriets förändringar upplevas mindre påtagliga, varpå lusten och sexlivet då blev mer aktivt. Det visade sig att sex under klimakteriet avnjöts på andra sätt än vad som tidigare gjorts. Om den ena partnern var kvällstrött och den andra morgontrött blev det en obalans mellan paret och lusten påverkades.

Kroppsliga förändringar

Vid klimakteriet uppstod det ofta kroppsliga förändringar som påverkade hur den sexuella hälsan upplevdes. Kroppen förändrades vare sig kvinnan ville eller inte. Kroppsliga förändringar som exempelvis trötthet, värk, vallningar, torra slemhinnor, utebliven ägglossning samt hormonell obalans kunde inverka på lusten. En ökad trötthet och vallningsproblematik med svettningar under sexet upplevdes som ofräscht och gjorde det svårt att slappna av vid närhet och intimitet. När kroppens utseende förändrades i form av rynkor eller slappare skinn, inverkade det på kvinnors välbefinnande. Torra slemhinnor i underlivet gav ibland smärta vid sex trots hjälpmedel med exempelvis glidmedel.

*“Ja, just. För jag trodde väl aldrig i min vildaste fantasi att det kunde bli så torrt.”
(Intervju 15)*

En tid av många känslor

Klimakteriet var en fas med många känslor. En känsla av saknad, sorg och ett vemod över att lust och kåthet förändrades beskrevs av kvinnorna. När lusten väcktes och blev större stärkte det välbefinnandet och livskvaliteten. Parallellt med en stigande ålder kunde trygghet och en acceptans till sig själv och sin sexuella hälsa öka.

Känslor som livsglädje, sorg och saknad

“Man är lite mera hudlös helt enkelt. Man har lättare till känslor kanske...” (Intervju 1)

Under klimakteriet beskrevs känslan av att känna sig mer hudlös och att ha närmare till sina känslor och att humöret lättare påverkades. Kvinnorna beskrev det som att inte känna igen sig själv. När kroppen inte svarade som tidigare beskrevs det som en konstig känsla, en känsla av vemod. Saknad var en känsla som beskrevs i relation till den sexuella hälsan under klimakteriet. Det var en saknad över att ens lust försvunnit, en känsla som av att förlora en vän, en del av sin relation eller en saknad efter kryddan i livet. Saknaden kunde även vara efter pirret och kåtheten som försvunnit.

“Ja, jag har ju liksom älskat sex tidigare och tyckt att det var jättespännande, och vi har provat en massa, ja, du vet så där allt möjligt liksom. Men nej, det finns ingenting.”

(Intervju 15)

En känsla av sorg infann sig då kroppen inte svarade på känslan av kåthet och beskrevs i termer av att kåtheten försvunnit trots att kärleken till ens partner fanns kvar. Efter att alltid älskat sex tidigare innan klimakteriet kändes det som att den känslan helt försvunnit. Om lusten inte fanns, påverkades livsglädjen, då sexuell lust inte enbart upplevdes vara kopplat till sex, utan även var kopplat till andra delar av livet

Jag tycker det blivit sen jag klev in i klimakteriet. Det är som att jag vet hur någonting som smakar och jag kan längta, men jag kan inte få fart till det. Det är som att det är lika skönt att älska som det alltid har varit och jag är lycklig i mitt förhållande men det är precis som startsträckan är borta. Och det är jättesorgligt för det är som kåtheten är borta, och det är sorgligt för kåtheten är ju något som ingår liksom. Och den är borta. Den kommer om jag sätter igång men den är borta. (Intervju 11)

I motsats förblev lusten även densamma eller växte och upplevdes mer samt större än innan klimakteriet. Den ökade lusten gjorde det enklare att "gå i gång" sexuellt. Lusten upplevdes som förhöjd både fysiskt, psykiskt och sinnesmässigt. Genom att ha sensuella tankar och känslor främjades lusten. För att väcka lusten användes kyssar, smek, närhet och lek med varandra. Det fanns en tacksamhet över att lusten ökat men också över hur den kvinnliga kroppen fungerade med att föda barn och att kunna njuta. I intervjuerna framkom att det fanns en stor glädje över kärlek, sex och lust. En känsla av fantastiskt sexliv och frihet kunde finnas vid menopaus, att inte behöva tänka på preventivmedel men också en rädsla för att sexlusten skulle ta slut.

Ja, det är så att jag är rädd att det ska ta slut helt enkelt. Jag tänker att, tänk om min sexlust tar slut när jag liksom verkligen är igenom klimakteriet. Och att, ja, jag kan tänka tanken att, tänk om lusten försvinner när klimakteriet riktigt är slut.

(Intervju 14)

Att förhålla sig till en ny kropp

En ny känsla beskrevs där det kändes som att kroppen bestod av två kroppar istället för en, som en ny kropp att förhålla sig till. Kroppens utseende förändrades också vilket kunde påverka kvinnorna att inte känna sig lika attraktiva eller sexiga som tidigare, det var svårt att acceptera. Med åldern kunde å andra sidan också självförtroendet och sexet förbättras. Tidigare blyga attityder och hämningar avtog och en trygghet i den egna kroppen stärktes, trots kroppens förändringar i klimakteriet.

Ja, jo men om jag tänker skillnaden från förr är att när man blir äldre så blir sex bättre... Jag tror att man kanske inte har samma blyga attityd eller hämningar, man blir mer säker på sig själv även om kroppen kanske inte är i samma skick som när man var runt 20 eller någonting. Men då hade man så mycket "åh, duger jag?" "är jag good enough?" och nu är det lite mer, "det här är jag och det är helt ok"... Ja, så jag tror att ja, det blir bättre (Intervju 1)

Med ökat självförtroende upplevde kvinnorna att de hade sex på egna villkor i större utsträckning än i yngre ålder. Med känslan av att vara tryggare i sig själv blev det lättare att slappna av och vid avslappning var det lättare att nå orgasm.

Med åldern kom även en känsla av att vara mer öppensinnad och att ens egna tankar och känslor blev mer betydelsefulla än andras.

“Man får väl, jag tycker att jag har lättare att få orgasm, om man säger, än vad jag fick förr. Jag vet inte om det är för att man kan vara mer avslappnad nu kanske.” (Intervju 4)

I klimakteriet växte en känsla av acceptans mot sig själv, att acceptera de kroppsliga förändringarna och hur sexlivet antog en ny form. Med acceptansen blev kvinnorna också mer förlåtande gentemot sig själva relaterat till kroppsliga förändringar. En känsla av att vara i ofas med jämnåldriga män förekom, tankar om att sexet skulle upplevas mer tillfredsställande med en yngre man väcktes. Då känslan av självkänedom ökade och ens önskemål och behov blev mer tydliga blev ofta den sexuella hälsan bättre.

*...Men ja, han får ju i alla fall finna sig i det. Det är ju också, man har ett mer självförtroende nu, än man hade när man var yngre kanske, jag skulle ju aldrig ha sex för husefridensskull till exempel, jag gör det när jag känner för det, så är det bara.
(Intervju 3)*

Utmaning att uppnå sexuell hälsa under klimakteriet

Det var en utmaning att uppnå sexuell hälsa, då det ibland fanns svårigheter att få hjälp och stöttning från hälso- och sjukvården att hitta rätt behandling. Det fanns även svårigheter att finna hjälpmedel på egen hand. Trots utmaningen upplevde kvinnorna ofta att de blev hjälpta och fann en god sexuell hälsa under klimakteriet. Att få samtala om sin sexuella hälsa upplevdes som betydelsefullt, det fanns en önskan om att få samtala kring sexuell hälsa och klimakteriet både inom hälso-sjukvård och i privata relationer.

Svårt att få hjälp

Att finna en bra hälsa upplevdes svårt i samband med klimakteriet. Det var inte alltid lätt att förstå att förändringarna berodde på klimakteriet. För att få hjälp behövde kvinnorna ibland söka hjälp inom hälso-och sjukvården flertalet gånger, men trots hjälp upplevdes den ibland inte vara tillräcklig. Det upplevdes lättare att få hjälp med fysiska förändringar än hjälp med avsaknad av lust och kåthet. Kvinnorna beskrev att i en del samtal med hälso-och sjukvården fanns det inget intresse för den sexuella hälsan och de fick ingen hjälp med att främja kåthet

och lust. Vid behov av hjälp blev det ibland en felaktig bedömning och utskrivning av antidepressiva läkemedel gjordes, vilket påverkade lusten och sexlivet negativt. Kvinnorna tog på egen hand och testade olika hjälpmedel för att främja sexlivet, i vissa fall var det svårt att uppnå en god sexuell hälsa trots hjälpmedel. Glidmedel gav till exempel ibland fel glid eller att vagifem inte var tillräckligt för att stärka slemhinnorna i underlivet.

En annan sak som jag upplevde var att jag fick ju felaktigt SSRI-preparat och dom förstörde mitt sexliv totalt och det är inte bara under tiden jag tog det utan att det var också ett problem för dom gjorde mig helt okänslig och det sitter kvar fortfarande, det har aldrig gått bort sen. (Intervju 7)

Försök till att främja den sexuella hälsan

För att främja den sexuella hälsan använde kvinnorna olika hjälpmedel, det var bland annat hormonbehandling, glidmedel för torra slemhinnor, vibrator, att hålla igång sexlivet så mycket som möjligt eller att läsa erotisk litteratur för att främja lusten. Att ta hand om sig själv och sitt mående i form av bland annat träning, var också ett sätt att främja den sexuella hälsan. Genom fokus på intimitet, närhet och att använda humor i relationen kunde också den sexuella hälsan främjas.

Japp jag läser en del erotisk litteratur. Bara för att jag är inte så mycket för sexfilmer eller sånt. Jag har sett väldigt få som är bra. De mesta gör ju så att man börjar skratta och det är väl inte riktigt. Men däremot sexnoveller och annan typ utav erotisk litteratur, inte riktigt fifty shades of grey men lite åt det hållet. Bara för att få egentligen hålla hjärnan med på tåget. Det är ju en stor omställning att gå in i klimakteriet. (Intervju 10)

Kvinnornas psykiska och fysiska mående berodde på hur hormonbalansen i kroppen var. Vid hormonell balans upplevde kvinnorna en god sexuell hälsa och vid en hormonell obalans påverkades den.

“Ja, jag skulle liksom vilja ha den hormonella balansen och tillskotten som jag behöver för att fortsätta ha ett samliv med min man som jag älskar och som älskar mig.” (Intervju 8)

För att främja en hormonbalans i kroppen provades ibland hormonbehandling. I intervjuerna framkom det att extra östrogen hade en god effekt med exempelvis piggare sexliv, ökad lust, mindre underlivsbesvär och främjade det psykiska måendet. Extra progesteron och testosteron var för sig eller i kombination med östrogen kunde även främja lust och det psykiska måendet, vilket i sin tur bidrog till en ökad sexuell hälsa. En känsla av att vara ett laboratorium beskrevs vid test av olika hormonbehandlingar och andra hjälpmedel. Det fanns även en önskan om livslång hormonbehandling för att bibehålla en god sexuell hälsa livet ut.

“Den (sexuella hälsan) är bra, nu! Med hjälp av östrogen och progesteron. Men den var helt värdelös innan.” (Intervju 7)

Önskan att få stöd och samtal

Kommunikationen med partnern om förändringarna som påverkar den sexuella hälsan beskrev kvinnor som betydande för ett bra sexliv. En del partners var förstående till kvinnornas situation medan andra kvinnor beskrev att deras partner hade svårt att förstå. Om samtal kring hur kvinnorna upplevde sin situation uteblev, upplevdes det som de stötte bort sin partner eller valde att ta ett avstånd för att inte inge falska förhoppningar om möjligheten till att ha sex. Hur den sexuella hälsan upplevdes av kvinnan hade en betydelse för relationen med partnern. Intimitet med partnern i klimakteriet påverkades av hur kvinnans känsla till lust var. Relationen till partnern utvecklades ibland till en vänskapsrelation, där de sexuella känslorna för varandra hade svalnat. Upplevelsen av det gemensamma och det individuella sexlivet under klimakteriet beskrevs som tillfredsställande. För ett bra gemensamt sexliv spelade trygghet, förståelse och närhet roll i relationen och inte endast det sexuella samspelet.

“Det har väl liksom, ja, vi har ett bra sexliv tillsammans. Och jag har ett bra sexliv med mig själv också när jag känner att jag har det behovet.” (Intervju 14)

Det belystes av kvinnorna att det fanns ett behov av att samtala kring den kvinnliga sexuella hälsan och klimakteriet som en helhet. Det uppfattades som ett svårt ämne att samtala kring både inom hälso- och sjukvård och med vänner.

“Vi måste prata om det. För vi är inte några gamla igentorkade kärringar bara för att vi kommer i klimakteriet. Men jag tror att vi tror det.” (Intervju 17)

Vid samtal om klimakteriet och den sexuella hälsan motverkades känslan av ensamhet, då kvinnan inte var ensam om sina upplevelser. Det framkom även en önskan om att samtalet kring den sexuella hälsan och klimakteriet skulle få större plats i media och i det offentliga rummet.

“För det här med klimakteriet och så, det är ju sånt här som man ju aldrig pratar om. Det skrivs lite mer i tidningar och det är ju faktiskt väldigt bra, för det behövs ju verkligen när man kommer upp i denna ålder och med sex och klimakteriet, när man kommer upp i 47–50, 54 det blir uppochnervända världen alltså. Man ser bara att man inte är ensam i den här helvetesdjungeln alltså.” (Intervju 9)

Diskussion

Metoddiskussion

Enligt Graneheim och Lundman (2004) bygger en kvalitativ studies trovärdighet på begreppen tillförlitlighet, pålitlighet och överförbarhet. De menar att det finns inte bara ett rätt sätt att förmedla resultatet av en kvalitativ studie utan att det är det mest sannolika resultatet som presenteras ur författarnas perspektiv. Trovärdigheten kan stärkas om läsaren får möjlighet till egen tolkning av resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

Utifrån syftet att beskriva kvinnors upplevelse av sexuell hälsa genomfördes en intervjustudie. Innan arbetet påbörjades skrev författarna ner sin egen förförståelse om det valda ämnet för att försöka vidhålla ett objektiva förhållningssätt under arbetets gång. Graneheim et.al (2017) belyser att det finns svårigheter för författarna att vara helt objektiva vid kvalitativ forskning då författarna alltid har en viss förförståelse. En text kan alltid tolkas på olika sätt beroende på vem som läser (Graneheim et al., 2017).

Enligt Graneheim och Lundman, (2004) kan tillförlitligheten öka om respondenter i en vetenskaplig studie har olika kön och varierad ålder. Då endast kvinnor i åldern 50–60 år medverkat skulle det kunna ses som en svaghet, men författarna ansåg att det var den urvalsgruppen som skulle kunna svara på syftet. Åldern på kvinnorna beslöts efter samråd med handledare, då de flesta kvinnor mellan 50–60 år upplevt klimakteriet. Resultatet skulle kunnat bli annorlunda om kvinnor med en större variation av ålder hade fått delta. Författarna valde att ha urvalet för att kunna begränsa antalet respondenter och att studien skulle vara genomförbar i relation till författarnas studienivå.

Ett subjektivt urval tillämpades via Facebook, i privata grupper som tillsammans hade ca 27 000 medlemmar. Därmed uteslöts alla kvinnor som ej var medlem i grupperna. Det kan anses som en svaghet då resultatet eventuellt kunnat bli annorlunda om kvinnor som ej varit med i grupperna deltagit, men också som en styrka då grupperna hade relativt många medlemmar. Vid förfrågan om deltagande i grupperna på Facebook var det många kvinnor i andra åldrar som önskade delta och som uttryckte att de också var i klimakteriet. Författarna fick då förklara och förtydliga inklusionskriterierna. Resultatet hade kunnat bli annorlunda om en annan urvalsmetod tillämpats. Det är troligt att kvinnor som önskar samtala om klimakteriet och sexuell hälsa valde att delta i studien. Grupperna där förfrågan gjordes riktade sig särskilt till kvinnor i klimakteriet. Kvinnorna som medverkade i grupperna hade aktivt fått ansöka om att gå med i den specifika gruppen, då reglerna i gruppen förbjöd att bjuda in vänner. Under intervjuerna visades att kvinnorna som deltog i studien hade varierande bakgrund, varierad geografisk härkomst, olika civil status och yrken, trots att inga frågor ställdes om det. Författarna ansåg att det kunde stärka resultatet att intervjuerna genomförts digitalt, då det gav möjlighet till en större geografisk spridning över hela Sverige och kvinnor från både små och stora samhällen kunde delta. Digitala- och telefonintervjuer kan ha underlättat för respondenter att samtala om känsliga ämnen, då respondenten själv kunde välja att inte synas och på så sätt förbli helt anonyma. Det skulle emellertid också kunna ses som en svaghet att intervjun genomfördes digitalt och inte fysiskt då kommunikation sker på fler sätt än verbalt. Gester, ansiktsuttryck och tonläge är väsentligt att registrera för att få en helhetsbild av vad som sägs, vilket är viktigt att tänka på vid intervjuer (Danielsson, 2013). Författarna kan ha missat information som till exempel uttryckts via kroppsspråk under intervjuerna.

Graneheim och Lundman (2004) beskriver att pålitligheten kan stärkas om alla respondenter får besvara samma frågor. Om förståelsen kring fenomenet utvecklas hos författarna under processens gång, bör fortsatt samma frågor på ett oförändrat sätt ställas mellan de olika intervjutillfällena för att inte påverka resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna valde att använda en intervjuguide vid varje intervju, som stöd och för att ställa samma frågor till alla. Följdfrågor kunde variera utifrån de individuella samtalen men under alla intervjuer var syftet med studien i åtanke. Författarna upplevde att förmågan att ställa följdfrågor utvecklades efter varje intervju. Målet var att intervjua mellan 12–20 respondenter, totalt gjordes 17 intervjuer. Materialet som samlades in ansågs vara tillfredsställande. Genom analysprocessen framkom det både likheter och olikheter. Studiens ämnesmässiga fokus kunde upplevas som känsligt vilket har beaktats genom att en av författarna intervjuade en respondent åt gången förutom de två provintervjuerna som genomfördes tillsammans.

Pålitligheten kan stärkas av att vara fler i analysprocessen, då olika tolkningar kan ifrågasättas (Graneheim et al., 2017). Författarna valde att abstrahera texten individuellt och sedan tillsammans för att öka pålitligheten. Genom analysprocessen har diskussion kring varandras tolkningar gjorts och fokus har varit att bibehålla det textnära och en objektivitet. Författarna ansåg att det skulle bli en mindre risk för personliga tolkningar samt att risken för att missa meningsbärande enheter motverkades vid gemensam genomgång. Under analysprocessen valdes några av de meningsbärande enheterna bort då författarna efter diskussion ansåg att de inte svarade på syftet. Under analysprocessen upptäcktes meningsbärande enheter som innehöll mer än en meningsbärande enhet, de fick då delas upp och fler kondenseringar kunde tas ut. Graneheim och Lundman (2004) menar att innebörden av meningsenheterna kan gå förlorad om för små eller för stora meningsbärande enheter används.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan en större överförbarhet uppnås om resultatet presenteras tydligt och med citat som överensstämmer med det som beskrivs. En kvalitativ studies överförbarhet bestäms utifrån läsarens förståelse och uppfattning av resultatet och inte av författarna (Graneheim & Lundman, 2004). För att stärka överförbarheten valde författarna att textnära beskriva kvinnornas upplevelser och citera utdrag från intervjuerna. Författarna anser att resultatet skulle kunna vara överförbart på kvinnor i samma ålder globalt, då klimakteriet är en fas som alla kvinnor förr eller senare genomgår.

Dock tror författarna att den individuella upplevelsen påverkas av bland annat vilken kultur och religion kvinnan lever i eller om sexualundervisning finns i skolan. Men även vilken syn samhället har på kvinnans sexualitet samt kvinnans möjlighet till att ta plats i samhället.

Resultatdiskussion

Nedan följer utifrån resultaten, diskussion om samhällets syn på kvinnan i klimakteriet, hur den sexuella hälsan kan påverka livskvalitén, samt empowerment och självförmågans betydelse för den sexuella hälsan samt om barnmorskans roll.

Sexuell hälsa en mänsklig rättighet

Enligt WHO (2006) krävs det att människan har möjlighet till njutbara säkra sexuella upplevelser utan tvång för att uppnå sexuell hälsa. Om människans sexuella rättigheter blir respekterade, tillfredsställda samt skyddade kan sexuell hälsa uppnås (WHO, 2006).

Författarna anser att kvinnors sexuella hälsa innan och under klimakteriet bör värderas lika starkt som mäns sexuella hälsa, att ha sexuell hälsa är en mänsklig rättighet. Kvinnan i klimakteriet hamnar lätt i skymundan, generellt anses den äldre kvinnans sexualitet som mindre viktig. Resultatet visade att kvinnor upplevde att hälso- och sjukvården inte hade samma intresse av kvinnan i klimakteriet, en känsla uppstod av att hälsofrämjande besök till exempel till cellprovsmottagning glesades ut med ökad ålder. Kvinnorna kände sig mindre prioriterade och önskvärda hos hälso-och sjukvården.

Den sexuella hälsans påverkan på livskvalitén

Majoriteten av kvinnorna i studien beskrev att de var sexuellt aktiva och uttryckte att det upplevdes som att sex i samband med klimakteriet var tabu, ett ämne som det inte pratades om, både i samhället generellt och inom vänskapskretsen. Lusti-Narasimhan och Beard (2013) belyser och instämmer med studiens resultat att kvinnor i den senare delen av livet fortsatt är sexuellt aktiva och att det internationellt råder tabu kring äldre människors sexualitet (Lusti-Narasimhan och Beard, 2013). Sverige ses historiskt som ett mer fritt och öppet land gällande sexualitet, därför reflekterar författarna över att många av kvinnorna inte upplevde att de kunde prata om sin sexuella hälsa med sina vänner, då det upplevdes som pinsamt. I resultatet framkom också stora olikheter som att en del kvinnor hade ett fantastiskt sexliv med samma eller ökad lust som tidigare, samtidigt som en del av kvinnorna inte hade någon sexlust alls

och ofta upplevde stor sorg på grund av det. I likhet med Tremayne och Norton (2017) fann författarna att kvinnors sexuella hälsa är relevant i hela hennes liv och upphör inte för att fertiliteten avtar. Äldre kvinnor har fortfarande sina egna sexuella önsknings och sexualitet (Tremayne & Norton, 2017).

Författarna har utifrån vad som framkommit i föreliggande studie och likt Gozuyesil et al (2018) samt Nappi och Lachowsky (2009) upptäckt att den sexuella hälsan under klimakteriet kan påverka kvinnors livsglädje, livskvalité och välbefinnande. Nazarpour et al. (2018) visar att kvinnans livskvalité i klimakteriet påverkas mycket av hur den sexuella hälsan upplevs. En bra sexuell hälsa ses oftare hos de kvinnor som uppskattar att de har en god livskvalité. För att hälso- och sjukvården ska kunna stärka kvinnors livskvalité i klimakteriet måste den sexuella hälsan inkluderas och prioriteras i mötet med kvinnor. Simon et al. (2018) beskriver att brist på information och förutfattade meningar om sexualitet i klimakteriet är ett stort hinder. Både kvinnor samt hälso- och sjukvården tenderar att inte lyfta fram de sexuella problem som kan finnas och ofta förblir problemen därför obehandlade. En bra sexuell hälsa i klimakteriet kan stärka livskvalité, ge en längre livslängd och förbättra förhållandet till sig själv och i relationen (Simon et al. 2018).

Resultatet visade att livskvalitén kan påverkas negativt, särskilt hos de kvinnor som upplevde försämrad lust. Vidare visades att de flesta kvinnorna hade en önskan att få samtala mer om den sexuella hälsan under klimakteriet med hälso-och sjukvårdspersonal. En del kvinnor hade haft samtal med hälso-och sjukvården om sexlivet och dess påverkan av klimakteriet. Dock upplevdes ofta samtalen ha bristande intresse och kompetens från vårdgivaren. Författarna kunde utläsa en frustration och hopplöshet från kvinnornas sida om att inte få hjälp att främja den sexuella hälsan, det upplevdes att hjälpmedel för att främja lusten saknades. Att främja lusten och den sexuella hälsan hos kvinnor bör prioriteras högre samhällsmässigt då det ökar känslan av livskvalité. Kvinnan i klimakteriet har lika stor rättighet till sexuell hälsa som övrig population och om livskvalitén kan stärkas kan också kvinnors livslängd förlängas och sociala relationer stärkas. Om kvinnor som söker hjälp i klimakteriet får rätt hjälp från hälso- och sjukvården från början, kan antalet besök bli färre och kvinnors lidande kan minska, samtidigt som hälso-och sjukvårdens resurser kan förvaltas på bästa sätt.

Empowerment och självförmågans betydelse

För att ge kvinnorna en bättre självförmåga och empowerment bör hälso-och sjukvården enligt författarna ge en mer självklar plats för kvinnor i klimakteriet och ha mer fokus på alla kvinnors sexuella hälsa. Att involvera kvinnorna i samtalet kring deras sexuella hälsa kan vara ett sätt att stärka kvinnors empowerment och självförmåga. Empowerment kan ses som en process där människan stärks till att kunna hantera olika situationer med syftet att nå ett självbestämmande (Hermansson & Mårtensson, 2011). Socialstyrelsen (2020b) har utvecklat ett stöd till samtal om klimakteriet riktade till de nationella riktlinjer som finns för levnadsvanor. De belyser att kvinnor kan uppleva det svårt att samtala om klimakteriet. Hälso- och sjukvården bör uppmuntra och stödja kvinnor till att ta kontroll över livssituationen med hjälp av att kartlägga de egna resurserna. Som stöd för att hjälpa kvinnor kan hälso-och sjukvårdspersonalen tillsammans med kvinnan diskutera vad som är viktigt för henne i vardagen och fokusera på en genomförbar förändring (Socialstyrelsen 2020b). Resultatet visade att majoriteten av kvinnorna självständigt valt att leta information om klimakteriet och försökt finna svar på de olika förändringar de upplevde och för att främja sin sexuella hälsa. En del kvinnors självförmåga kunde ses som ett accepterande av den "nya" kroppen och livsfasen. När kvinnorna sökte information om klimakteriet kunde det ses som ett sätt att uppnå större självförmåga och att få kontroll över kropp och situation.

Lindberg (2021) visar att de kvinnor som har en hög känsla av sammanhang i klimakteriet har mindre besvär av klimakteriesymtom, samt mindre oro och nedstämdhet. En känsla av sammanhang kan ses som en skyddsfaktor mot psykisk och fysisk ohälsa i klimakteriet (Lindberg, 2021). Enligt Quiroga et al (2017) kan en god sexuell hälsa ge mindre klimakteriesymtom samt en minskad risk för depression i samband med klimakteriet. Naworska och Bak-Sosnowska (2019) visar även ett samband mellan upplevda sexuella besvär och hur intensivt klimakteriesymtomen kan upplevas. Olika faktorer som kan ha en påverkan på den sexuella hälsan är ålder, civil status, klimakteriets intensitet, oro över kroppsvikt samt känslan av sexuell attraktion (Naworska & Bak-Sosnowska, 2019). I resultatet visades att de kvinnor som hade en god sexuell hälsa också upplevde en inre balans. De kvinnorna med mer intensiva klimakteriebesvär beskrev många gånger att de hade en mindre god sexuell hälsa. Likt Naworska och Bak-Sosnowska (2019) beskrev en del kvinnor att de hade en oro över kroppsvikt, tankar kring sexuell attraktion och att klimakteriets intensitet påverkade hur aktivt sexlivet var. Ghazanfarpour et al (2016) visar att kvinnor som

tidigare haft sexuella problem upplever mer och intensiva klimakteriebesvär. Om hälso-och sjukvårdspersonal är medveten om sambandet mellan sexuella problem och klimakteriesymtom kan det leda till att kvinnorna får önskvärd hjälp (Ghazanfarpour et al, 2016).

Hur barnmorskan kan främja sexuell hälsa

Under intervjuerna framkom det att en kvinna först trodde att hon hade fått malaria, för det låg närmare till hands för henne än att tänka att svettningarna hon upplevde berodde på klimakteriet. Om kvinnan hade fått mer information kring klimakteriet vid tidigare barnmorskebesök kunde hennes empowerment och självförmåga stärkts samtidigt som hon troligtvis hade få rätt hjälp snabbare. I resultatet framkom det att kvinnan inte var ensam om upplevelsen att inte förstå att förändringarna berodde på klimakteriet.

Om kvinnorna inte förstår eller kan koppla ihop sin upplevelse till klimakteriet, tar det längre tid att söka hjälp och det kan bli ett ökat lidande, som i många fall hade kan undvikas eller lindras. Lusti-Narasimhan och Beard (2013) visar att hälso-och sjukvårdspersonal kan hjälpa kvinnor under klimakteriet genom att samtala om den sexuella hälsan och ge kunskap och råd. Enligt ICM's etiska kod (2013) och barnmorskans kompetensbeskrivning (2019) ska barnmorskan stärka kvinnor och deras självbestämmande för att stå upp för sig själva och påverka det som berör deras personliga hälsa. Hughes och Lewinson (2015) belyser att kvinnor i klimakteriet upplever det positivt att samtala om sexuell hälsa med hälso-och sjukvårdspersonal. Tremayne och Norton (2017) beskriver att det är av betydelse att hälso-och sjukvårdspersonal kan ge råd och stöd till kvinnan i klimakteriet, dock finns det svårigheter för hälso-och sjukvården i form av bristande kunskap och att inte vara förtroendeingivande (Tremayne & Norton, 2017). Barnmorskans roll kan vara betydelsefull för kvinnors sexuella hälsa då barnmorskan ofta följer kvinnan genom livet. Barnmorskan ska ha förutsättning att kunna samtala mer kring klimakteriet och sexuell hälsa även innan klimakteriet, på ett mer förberedande och informativt sätt.

Författarna tycker att ett hälsosamtal likt, hälsosamtalet vid en graviditet ska erbjudas de kvinnor som önskar på landets barnmorskemottagningar angående klimakteriet. Enligt Socialstyrelsen (2020b) finns det eller är på väg att startas klimakteriemottagningar på barnmorskemottagningar runt om i landet, tillgängligheten varierar mellan de olika

regionerna. Enligt författarna borde ett nationellt samarbete mellan de olika regionerna utvecklas så att alla kvinnor i Sverige får samma möjlighet till hjälp och stöd att kunna besöka en närliggande klimakteriemottagning, oberoende på vart i landet kvinnan bor.

Förskrivningsrätten för barnmorskor bör utvecklas och kunna innefatta hormonpreparat i annat syfte än antikonception, till exempel för att kunna lindra klimakteriesymtom.

Vid graviditet brukar föräldrautbildning i grupp erbjudas, grupputbildning kan ge större förståelse och en gemenskap kring den nya livsfasen. På liknande sätt kan informationsträffar kring klimakteriet hållas av barnmorskor för kvinnor som närmar sig klimakteriet, för att främja kunskap, livskvalité och en gemenskap bland kvinnorna. Vidare kan informationsbroschyrer sättas upp i olika väntrum på barnmorskemottagningar eller liknande mottagningar där kvinnor som närmar sig klimakteriet besöker. Det för att ge kunskap var kvinnorna kan vända sig, om de behöver hjälp eller önskar mer information. Ett förslag skulle kunna vara att bredda utbildningsmaterialet om klimakteriet på barnmorskeutbildningen för att ge blivande barnmorskor mer kunskap om vad det innebär för kvinnan att vara i klimakteriet och samtidigt ge en bättre grund till att kunna främja sexuell hälsa.

Konklusion och implikationer

Sammanfattningsvis framgår det att kvinnor i klimakteriet uttrycker en stor önskan att få samtala om och få information om klimakteriet och sexuell hälsa. Klimakteriet innebär för de flesta kvinnor en tid av förändring, både av kroppen och av lusten samt kåtheten. Det påverkar i sin tur sexlivet både med sig själv och partnern men även livskvalitén. Klimakteriet innebär inte endast negativa upplevelser; lusten och kåtheten kan även förbli densamma eller förstärkas. En frihet kan infinna sig där kvinnan inte behöver tänka på preventivmedel längre. Detta kan ta sig uttryck i en känsla av att kunna slappna av på ett annat sätt än tidigare, vilket i sin tur kan göra sexlivet samt inställningen till livet mer positiv.

Forskning inom kvinnors sexuella hälsa är begränsad, men författarna upplever att det sker en internationell förändring där kvinnans sexuella behov börjar bli mer i fokus. Framtida studier behövs genomföras mer utforskande för att undersöka kvinnan i klimakteriet och den åldrande kvinnans sexuella hälsa.

Studier kring hur hälso- och sjukvården ska bemöta och kunna hjälpa, samt nå ut till så många kvinnor som möjligt rekommenderas. Barnmorskans arbete nationellt kring klimakteriet bör utvecklas för att möta den åldrande kvinnans behov.

Referenser

Avis, N. E., Coeytaux, R. R., Isom, S., Prevette, K., & Morgan, T. (2016). Acupuncture in Menopause (AIM) study: a pragmatic, randomized controlled trial. *Menopause (New York, NY)*, 23(6), 626. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000597>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Berin, E., Hammar, M., Lindblom, H., Lindh-Åstrand, L., Rubér, M., & Holm, A. C. S. (2019). Resistance training for hot flushes in postmenopausal women: A randomised controlled trial. *Maturitas*, 126, 55–60. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.05.005>

Danielson, E. (2013). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricsson, M (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl s.164-174).

Studentlitteratur

Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 938-944. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.056028>

Ghazanfarpour, M., Khadivzadeh, T., & Babakhanian, M. (2016). Investigating the relationship between sexual function and quality of life in menopausal women. *Journal of Family & Reproductive Health*, 10(4), 191.

Gozyuesil, E., Gokyildiz Surucu, S., & Alan, S. (2017). Sexual function and quality-of-life-related problems during the menopausal period. *Journal of Health Psychology*, 23(14), 1769-1780. <https://doi.org/10.1177%2F1359105317742194>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Harris, M. T. (2013). Menopause: the need for a paradigm shift from disease to women's health.

Hermansson, E., & Mårtensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context—a concept analysis. *Midwifery*, 27(6), 811-816. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.08.005>

Hughes, A. K., & Lewinson, T. D. (2015). Facilitating communication about sexual health between aging women and their health care providers. *Qualitative Health Research*, 25(4), 540–550. <https://doi.org/10.1177%2F1049732314551062>

Hulter, B. (2018). *Sexologi ur gynekologisk synvinkel. (ARG-Rapport nr 80) SFOG*, <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG-rappoa80e5ad4-ba89-4de5-b090-21c7b64b1e68.pdf#page=33>

International confederation of Midwives (2014). *International code of ethics for midwives*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>

Karolinska Institutet. (2020). *MeSH-term: self-efficacy*. <https://mesh.kib.ki.se/term/D020377/self-efficacy>

Lindberg, C. (2021). *Känsla av sammanhang i relation till fysisk och psykisk hälsa under klimakteriet*. [Magisteruppsats, Umeå universitet]. DiVA. file:///C:/Users/46736/Downloads/Uppsats%20Charlotta%20Lindberg_21.pdf

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012) Kvalitativ Innehållsanalys. Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård* (s. 187–203). Studentlitteratur.

Lusti-Narasimhan, M., & Beard, J. R. (2013). Sexual health in older women. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 707-709. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.119230>

Nappi, R. E., & Lachowsky, M. (2009). Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*, 63(2), 138–141. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.03.021>

- Naworska, B., & Bak-Sosnowska, M. (2019). Risk factors of sexual dysfunctions in postmenopausal women. *Ginekologia Polska*, *90*(11), 633-639.
<https://doi.org/10.5603/GP.2019.0108>
- Nazarpour, S., Simbar, M., Ramezani Tehrani, F., & Alavi Majd, H. (2018). Quality of life and sexual function in postmenopausal women. *Journal of Women & Aging*, *30*(4), 299-309.
<https://doi.org/10.1080/08952841.2017.1395539>
- NE. (2020). Livskvalitet. <https://www-ne-se.ludwig.lub.lu.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/livskvalitet>
- Ngai, F. W. (2019). Relationships between menopausal symptoms, sense of coherence, coping strategies, and quality of life. *Menopause*, *26*(7), 758–764.
<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001299>
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011.) *Forskningsprocessen*. (3 uppl.). Liber.
- Persson, C., & Sundin, K. (2013). Fenomenologisk hermeneutisk tolkningsmetod- ett dialektiskt förhållningssätt. I Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl s.373-387). Studentlitteratur
- Quiroga, A., Larroy, C., & González-Castro, P. (2017). Climacteric symptoms and their relation to feminine self-concept. *Climacteric*, *20*(3), 274-279.
<https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1310192>
- Ryding, E-L. (2018). *Sexologi ur gynekologisk synvinkel*. (ARG-Rapport nr 80). SFOG, <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG-rappoa80e5ad4-ba89-4de5-b090-21c7b64b1e68.pdf#page=33>
- SFOG. (2019). *Preliminär SFOG-RÅD FÖR MENOPAUSAL HORMONBEHANDLING 2019*. <https://www.sfog.se/media/336473/bakgrund-mht-preminar-version-hemsida.pdf>
- Shuster, L. T., Rhodes, D. J., Gostout, B. S., Grossardt, B. R., & Rocca, W. A. (2010). Premature menopause or early menopause: long-term health consequences. *Maturitas*, *65*(2), 161-166. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.08.003>

Simon, J. A., Davis, S. R., Althof, S. E., Chedraui, P., Clayton, A. H., Kingsberg, S. A., ... & Wolfman, W. (2018). Sexual well-being after menopause: an international menopause society white paper. *Climacteric*, 21(5), 415-427. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1482647>

Socialstyrelsen. (2020a). *Kartläggning av vård och behandling vid klimakteriebesvär ur perspektivet jämlik vård*. (Artikelnummer 2020-1-6568)
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6568.pdf>

Socialstyrelsen. (1 september 2020b). *Levnadsvanors betydelse för lindring av klimakteriebesvär*. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/stod-i-arbetet/samtal-om-klimakteriet/>

Stafström, S. (2017). *God forskningssed*. Vetenskapsrådet (ISBN 978-91-7307-352-3).
<https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed>.

Svenska Barnmorskeförbundet. (2019). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*.
<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

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

Ussher, J. M., Perz, J., & Parton, C. (2015). Sex and the menopausal woman: A critical review and analysis. *Feminism & Psychology*, 25(4), 449-468.
<https://doi.org/10.1177%2F0959353515579735>

Wesström, J., Sundström Poromaa, I. (2010). *Symtom i klimakteriet*. (ARG-rapport nr 67). SFOG. https://www.sfog.se/natupplaga/ARG_67ceac79ae-8ee5-4990-838c-4fca13598633.pdf

WHO (10 maj 2021), WHOQOL: Measuring Quality of Life
<https://www.who.int/tools/whoqol>

WHO (2006), Sexual and reproductive health.
https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

World Medical Association (WMA). (2013). World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Xu, Q., Lang, C. P., & Rooney, N. (2014). A systematic review of the longitudinal relationships between subjective sleep disturbance and menopausal stage. *Maturitas*, 79(4), 401–412. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.09.011>

Arbetsfördelning

Författarna har bidragit lika mycket till den här magisteruppsatsen under hela arbetets gång.

Intervjuguide

Inledande fråga:

Hur skulle du beskriva din sexuella hälsa?

Frågor under intervjun:

Upplever du att din sexuella hälsa har förändrats, och i sådana fall hur

Har klimakteriet påverkat din sexuella hälsa, och i sådana fall hur?

Har du använt några egenvårdsstrategier vid sexuella besvär, vilka?

Avslutande fråga:

Är det något mer du skulle vilja berätta om hur du upplever din sexuella hälsa innan vi avslutar?