



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Distriktssköterskans erfarenhet av att möta kvinnor i klimakteriet
En intervjustudie

The district nurse's experience of meeting women in menopause
An interview study

Författare: Nedzada Hamzic & Ylva Nordblom

Handledare: Anna-Karin Larsson

Magisteruppsats

Hösten 2022

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

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

Abstrakt

Bakgrund: Klimakteriet är en fas som drabbar kvinnor mitt i livet med varierande symtom. Kvinnorna upplever klimakteriet olika beroende på kvinnans bakgrund, erfarenhet, kultur och sociala kontext. Klimakteriet är inte ett område som har så stort fokus i utbildningen till distriktssköterska, men som är ett viktigt område för den verksamma distriktssköterskan, utifrån hur vanliga symtomen på klimakteriet är och vilka problem de medför.

Syfte: Syftet med föreliggande studie var att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av att möta kvinnor i klimakteriet på en distriktssköterskemottagning.

Metod: En kvalitativ intervjustudie genomfördes med åtta distriktssköterskor utifrån en semistrukturerad intervjuguide. Innehållsanalys med induktiv ansats användes för att analysera materialet.

Resultat: I resultatet framkom kategorierna *olika kontaktvägar, stöd och hjälp under klimakteriet* och *utmaningar för distriktssköterskan i mötet med kvinnorna*. Resultat visade att distriktssköterskorna träffade kvinnorna främst genom inkontinensmottagningen, dit kvinnorna sökt sig på grund av varierande urogenitala symtom. Hjälp till självhjälp var en viktig utgångspunkt och hur god rådgivning om goda levnadsvanor kan lindra klimakterierelaterade symtom. Distriktssköterskorna ansåg också att kvinnors kunskap om klimakteriet varierar beroende på socioekonomiska faktorer och kulturell bakgrund.

Konklusion: Distriktssköterskors erfarenhet av att möta kvinnor i klimakteriet sker ofta indirekt via annan mottagning som till exempel inkontinensmottagningen.

Distriktssköterskors upplevelse är att de önskar stärka sin kunskap om klimakteriet för att kunna ge rätt stöd, råd och vägledning till kvinnorna i denna livsfas.

Nyckelord:

Distriktssköterska, empowerment, erfarenhet, klimakteriet, kunskap, kvinnor,

Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	6
Klimakteriet	6
Egenvård	7
Primärvården	8
Distriktssköterskans kompetensområde	9
Perspektiv och utgångspunkter	10
Empowerment	10
Syfte	10
Specifika frågeställningar	10
Metod	11
Urval	11
Instrument	11
Datainsamling	12
Analys av data	13
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	15
Kvinnors olika kontaktvägar vid klimakteriebesvär	15
Inkontinensmottagningen - en väg in för att diskutera klimakteriet	15
Kvinnans upplevda symtom avgör val av vårdgivare	16
Stöd och hjälp under klimakteriet	18
Distriktssköterskans möjlighet att påverka kvinnor att bli mer aktiva, hälsosamma och ansvarstagande	18
När egenvård och livsstilsförändring inte räcker till	18
Utmaningar för distriktssköterskan i mötet med kvinnorna	19
Klimakteriet belyses lite i utbildning	19
En ojämn kunskapsnivå om klimakteriet	19
Tidsmässiga och organisatoriska barriärer	21
Diskussion	21
Metoddiskussion	21
Giltighet	22
Tillförlitlighet	22
Bekräftelsebarhet	24
Överförbarhet	24
Resultatdiskussion	24
Att möta kvinnor i klimakteriet	25

Hjälp till självhjälp	26
Svårigheter och hinder i distriktssköterskans arbete i mötet med kvinnor i klimakteriet	27
Konklusion och implikationer	29
Referenser	30
Bilaga 1(3)	37
Bilaga 2(3)	40
Bilaga 3(3)	43

Problemområde

Klimakteriet är en fas som drabbar kvinnor mitt i livet och innebär en hormonell omställning i kroppen vilket kan leda till både fysiska och psykiska symtom (Illankoon et al., 2021; Rindner et al., 2017). Klimakteriet upplevs olika beroende på kvinnans bakgrund, erfarenhet, kultur och sociala kontext (Hvas, 2022). Många kvinnor upplever stora besvär vid klimakteriet, både tydliga och diffusa (Sydora et al., 2021), vilket medför att många kvinnor söker sig till en vårdcentral för att träffa en distriktssköterska (Rindner et al., 2017). Frågorna är ofta kopplade specifikt till urogenitala problem, men även andra somatiska frågeställningar såväl som till psykisk hälsa (Rindner et al., 2017; Sydora et al., 2021). Enligt Rindner (2021) söker kvinnorna snarare för ett specifikt symtom än att de tänker att det beror på klimakteriet, därför är distriktssköterskans kompetens inom området viktig. Kvinnor som söker vård för klimakteriebesvär upplever inte alltid att de får den hjälp de behöver (Socialstyrelsen, 2021). Behandlingen fokuserar ofta på att det handlar om ett hormonellt bristtillstånd (Rindner et al., 2017). Men enligt Hvas (2022) har övergångsåldern också en existentiell dimension att beakta utifrån kvinnornas perspektiv.

I en brittisk studie uppgav 88 % av kvinnorna i studien att menopausen var en stor förändring i en kvinnas liv och när de nådde den fasen i livet gjorde de det med liten eller ingen kunskap (Rubinstein, 2014). Socialstyrelsen (2021) gjorde en enkätundersökning om vilka insatser som gavs vid klimakteriebesvär och hur informationsbehovet såg ut beträffande råd, stöd och behandling. Resultaten visade att en tredjedel av kvinnorna inte alls var förberedda på vad klimakteriet innebär och vilka besvär och symtom det kunde ge. Många kvinnor uttryckte ett behov av vägledning om egenvårdsråd. Det behövs också information om var vård kunde sökas för att få hjälp med råd, stöd och behandling när egenvård inte räckte till (Socialstyrelsen, 2021).

Klimakteriet är inte ett område som har så stort fokus i utbildningen till distriktssköterska (Lunds universitet, 2020), men som är ett viktigt område för den verksamma distriktssköterskan, utifrån hur vanliga symtomen på klimakteriet är och vilka problem de medför (Rindner, 2021). Distriktssköterskan kan ha en viktig roll i detta genom att stödja och genomföra både förebyggande och behandlande åtgärder (Distriktssköterskeföreningen, 2019). Därför är det av betydelse att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av att möta kvinnor i klimakteriet och vilka behov dessa kvinnor har.

Bakgrund

Klimakteriet

Klimakteriet är en övergångsperiod i en kvinnas liv, vilket innebär förändringar i hennes liv och kropp, såväl psykiskt som fysiskt (El Khoudary et al., 2019). Det beskrivs som en livsfas som varierar i längd, från några månader till mellan tio och femton år (Landgren, 2009). Ordet “menopause” på gamla grekiska språk betyder “stanna” och syftar på att menstruationen upphör. Klimakteriet är ett annat ord med grekiskt ursprung som betyder kritisk punkt i människans liv (Mårdh, 2013). Kalra et al. (2020) beskriver att menopausen kan ses som ett tillstånd av “menopause distress” och anser att det yttrar sig som en känslomässig respons med ihållande obehag till följd av upplevd oförmåga att hantera hormonella och psykosociala utmaningar och krav. Enligt Elmström (2021) har menopausen inte förändrats de senaste hundra åren, men kvinnornas liv har förändrats. Idag lever vi längre och är mer aktiva, även senare upp i åren. För hundra år sedan ansågs kvinnorna som gamla vid femtioårsåldern, medan idag anses kvinnan vara mitt i livet vid samma tidpunkt (Elmström, 2021).

Ett av de första tecknen på menopause är oregelbundna blödningar med skiftande långa och korta blödningsintervall, som glesas ut för att sedan upphöra (Monteleone et al., 2018). Vasomotoriska symtom som svettningar och vallningar beror på östrogenbrist (Avis et al., 2018). I Sverige är prevalensen av dessa symtom 70–75 % för kvinnor i peri- och postmenopausala fasen, och ungefär 30 % av dess kvinnor har så svåra besvär att de behöver vård. Även urogenitala symtom är vanliga och innefattar besvär som exempelvis klåda, sveda, urinträngningar och torrhet från vagina och urinvägarna (Bixo, 2022). Enligt en studie av Rindner et al. (2017) är de mest förekommande symtomen utmattning, muskelsmär, nedstämdhet, sömnbesvär och sexuella problem. Hur mycket besvär och hur ofta symtomen kommer kan variera i perioder (Spetz Holm & Hammar, 2014). Greendale et al. (2018) beskriver viktuppgång och ökad tendens till fettansamling i kroppen som ett annat besvär.

Ur ett fysiologiskt perspektiv ser klimakteriet ut på samma sätt över hela världen. I en enkätstudie utförd med deltagare från USA, Europa och Japan rapporterade en stor andel av kvinnorna uppleva måttliga till svåra besvär som påverkade deras livskvalitet (Nappi et al., 2021). Det varierar hur mycket besvär som kvinnorna upplever, men nio av tio kvinnor upplever någon typ av besvär (Rubinstein, 2014). I en studie från Kanada av Sydora et al.

(2021) beskrev kvinnorna besvär i form av oregelbundna menstruationsblödningar vilka ledde till oro för generande läckage. Sexlusten och förhållandet med partnern påverkades på grund av torrhet i vagina. De beskrev också värmevallningar som innebar rikliga svettningar nattetid och en förnimmelse av en brännande känsla i kroppen. En annan studie lyfter fram psykologiska besvär som humörförändringar, ilska, oro och depression (Illankoon et al., 2021). De fysiska symtom som kvinnorna upplevde var en känsla av svaghet, stelhet, ömma muskler samt sömnsvårigheter. En del kvinnor beskrev ett diffust illabefinnande, utan sjukdomskänsla, vilket för en del medförde att de inte visste var de kunde vända sig med sina problem (Sydora et al., 2021). Många gånger är det svårt att avgöra vad kvinnans mående beror på samt huruvida symtomen är relaterade till klimakteriet eller ej (Hvas, 2022). En studie av Pimenta et al. (2011) beskriver både positiva och negativa upplevelser i form av en ny naturlig fas i livet. Det positiva var minskad risk för graviditet, och den negativa upplevelsen var känslor av nedstämdhet och hopplöshet (Pimenta et al., 2011).

Utöver de fysiologiska besvär som klimakteriet kan ge, upplever många kvinnor också att det är en tid i livet som är kravfylld. Livet i denna fas kan vara präglad av ett högt tempo med karriär, hemmavarande barn och åldrande föräldrar vilket ytterligare kan påverka att klimakteriet upplevs som en stor belastning. På den ljusa sidan, kan ökad kunskap och individuellt stöd från distriktssköterskan lindra kvinnors besvär under klimakteriet (Rindner, 2021). Hvas (2022) beskriver att övergångsåldern inte bara är en kris. De flesta får några symtom men nödvändigtvis inte mycket. Det som är gemensamt för alla kvinnor som lever tillräckligt länge är att menstruationen minskar för att sedan avta och helt upphöra. Efter det är kvinnornas upplevelser individuella. Övergångsåldern är en fas, en del av en kvinnas liv och kan ses utifrån biologiskt, sociokulturellt och existentiellt perspektiv. Kvinnan går från den reproduktiva fasen till en ny, en utforskad fas för kvinnan (Hvas, 2022).

Egenvård

WHO (2018) definierar egenvård som en förmåga hos en individ att sköta sin egen hälsa, bibehålla hälsa och förebygga sjukdom med eller utan hjälp av vårdpersonal. Enligt Santoro et al. (2021) kan klimakteriet vara en omvälvande period med symtom och besvär som varar i omkring tio år hos majoriteten av kvinnor. Därför är det av vikt att distriktssköterskan upptäcker tidiga tecken och symtom för att kunna erbjuda behandling i syfte att minska besvären. I en studie från Brasilien av Curta & Weissheimer (2020) framkom det att

kvinnorna i klimakteriet kunde lindra sina symtom genom egenvård. Två exempel var att fysisk aktivitet och kost kunde bidra till att kvinnorna mår bättre, både fysiskt och psykiskt. Resultatet visade minskad risk för osteoporos och att optimering av lipidstatuset minskade kroppsfett som i sin tur reglerar blodtrycket och bidrog till minskad förekomst av kardiovaskulär påverkan. Fysisk aktivitet är en värdefull terapeutisk resurs och som viktig att poängtera när det gäller egenvård i klimakteriet. I den brasilianska studien av Curta & Weissheimer (2020) argumenteras att om kvinnorna var mer förberedda och hade en bättre kunskap så skulle livskvaliteten kunna höjas, till exempel genom egenvård. På detta område skulle distriktssköterskan kunna bidra genom preventiva utbildningar för kvinnor som närmar sig klimakteriets första fas (Rindner, 2021).

Primärvården

Primärvården definieras som en insats som ska tillgodogöra behov av medicinsk bedömning, omvårdnad, preventivt arbete och behandling. I primärvårdens grunduppdrag ingår bland annat att erbjuda förebyggande insatser utifrån både populationen och utifrån enskilda patientens behov. Målsättningen är en god vård som stärker hälsan (Kunskapsguiden, 2021). WHO (2018) beskriver primärvården ur ett vidare perspektiv. Den ska möta personens hälsobehov genom livets alla faser vilket inkluderar fysiska, psykiska och sociala aspekter. Hälsö- och sjukvård för klimakteriebesvär kan ges inom primärvården, gynekologisk öppenvård och vid barnmorskemottagningar (Socialstyrelsen, 2021). Tillgängligheten till den specialiserade vården påverkas av bristande tillgång till gynekologer och barnmorskor. Primärvården är dock den första vårdnivån för utredning, diagnostik och behandling av klimakteriebesvär, och den behöver ha en mer central roll för att kunna erbjuda ett bredare utbud av hjälp vid klimakteriebesvär utifrån symtom och individuella behov (Socialstyrelsen, 2021). Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG, 2021) har 2019 kommit ut med nationella och regionala medicinska riktlinjer om klimakteriebehandling i primärvården. Kvinnor som söker för klimakteriebesvär ska kunna erbjudas behandling i primärvården. Det är stor skillnad i landet hur vården är uppbyggd kring kvinnans behov av vård och stöd i klimakteriet (Rindner, 2021). Den första randomiserade studien i Sverige inom kvinnors hälsa i klimakteriet och kvinnors delaktighet i vård och behandling gjordes av Rinder et al. (2017). Den gav vetenskapligt stöd till förekomsten av behovet och effekten av att starta kvinnohälsomottagningar inom primärvården. Region Skåne var först i landet att öppna tre klimakteriemottagningar 2017 som bedrivs av barnmorskor (Region Skåne, 2017).

Personal i primärvården efterfrågade en ökad kunskap om klimakteriebesvär enligt Socialstyrelsens undersökning (2021). Där beskrivs att det är nödvändigt med kunskap i hela vårdkedjan. Svenska Barnmorskeförbundet (2018) beskriver i kompetensbeskrivningen för barnmorskor att en barnmorska ska ha kompetens att främja goda levnadsvanor i ett livscykelperspektiv. Vidare ingår det kunskap om hormonella förändringar under klimakteriet. Motsvarande kompetensbeskrivning finns inte för distriktssköterskor (Distriktssköterskeföreningen, 2019), men utifrån Socialstyrelsens slutsatser (2021) och hur vanliga symtomen och besvären är, borde denna kompetens också finnas hos distriktssköterskor.

Distriktssköterskans kompetensområde

I arbetet med att främja hälsa och förebygga ohälsa ska distriktssköterskan ha förmåga att identifiera individer med särskilda behov och stöd. Mötet med patienten bör präglas av ett holistiskt synsätt för hur hela livssituationen påverkar individens mående och livskvalitet. Distriktssköterskan ska identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer under livets alla skeenden (Distriktssköterskeföreningen, 2019). Drevenhorn & Österlund Efraimsson (2014) beskriver att distriktssköterskan ska i egenskap av rollen som ledare på distriktssköterskemottagning driva vården framåt och samarbeta med andra kompetenser i teamet runt patienten. En viktig del i den allmänna mottagningen avser bedömning av hälsofrågor och sjukvårdande behandling. Rindner (2021) beskriver att distriktssköterskan bör ha en central roll när det gäller sjukdomsförebyggande arbete och att förespråka och stärka hälsa i alla åldrar och i livets olika faser. Fokus är att stödja, att ta till vara det friska och att dra fördel av individens egna resurser. Med en god förståelse för hur kvinnor kan uppleva klimakteriet och vilka symtom det kan ge, kan distriktssköterskan få en förståelse för hur deras behov kan tillgodoses (Rindner et al., 2017). Tidigare studier har visat att sjuksköterskor inte har med sig tillräckligt med kunskap från sin utbildning för att möta kvinnor i klimakteriet (Lopes et al., 2013) och att avsaknad av erfarenhet att behandla kvinnor i denna fas av livet är ett stort problem (Anderson et al., 2015; Lopes et al., 2013).

Perspektiv och utgångspunkter

Empowerment

I en reviewartikel av Cerezo et al. (2016) beskrivs empowerment ur ett hälsofrämjande perspektiv som ryggraden i det synsättet och att det kan användas för att öka patientens delaktighet och självbestämmande när det gäller att fatta beslut kring den egna hälsan. Kostenius (2014) beskriver begreppet på ett liknande sätt och att kärnan är egenmakt för patienten med en möjlighet att påverka sitt liv. Karaktäristiska egenskaper för en empowerment-process kan enligt Wåhlin (2017) vara en ömsesidig och stödjande relation, kunskap, förmåga och att fatta självständiga beslut. Andersson et al. (2010) beskriver ett empowerment inte är ett sätt med syfte att övertyga, förmana, eller förändra patienten och inbegriper inte att göra något mot patientens önskan. Däremot kan metoden uppmuntra till att stödja patienten till att reflektera och stärka sin egen förmåga hur man kan hantera sin egen situation. Tidigare forskning från Curta & Weissheimer (2020) och Rindner et al. (2017) har visat att kvinnor i klimakteriet behöver ökad kunskap och trygghet. Många kvinnor lämnas helt ensamma i sina frågor och vet inte hur de ska hantera de situationer och förändringarna som sker (Curta & Weissheimer, 2020).

Syfte

Studiens syfte var att belysa distriktssköterskans erfarenhet av att möta kvinnor i klimakteriet på distriktssköterskemottagning.

Specifika frågeställningar

1. Hur bemöter distriktssköterskor kvinnornas behov av vägledning i klimakteriet?
2. Vilka svårigheter och hinder beskriver distriktssköterskor i mötet med kvinnor i klimakteriet och som är i behov av hjälp?

Metod

Studien genomfördes med en kvalitativ metod för att undersöka frågeställningarna. Semistrukturerade intervjuer har genomförts med distriktssköterskor med fokus på deras erfarenheter av att möta kvinnor i klimakteriet. Enligt Kvale & Brinkman (2014) är den kvalitativa intervjustudien en lämplig metod att använda för att nå en djupare förståelse av vilka erfarenheter, känslor och tankar informanten har.

Urval

Inklusionskriterierna var distriktssköterskor som var verksamma på vårdcentralen inom primärvården i hela Sverige. Inga exklusionskriterier fanns och för att få ett innehållsrikt material begränsades inte heller urvalet utifrån arbetslivserfarenhet, kön eller ålder (Henricsson & Billhult, 2017). Elva informanter visade intresse, men utav dessa avböjde sedan tre personer sin medverkan innan intervju påbörjades. Urvalet representerades av åtta distriktssköterskor från olika delar av Skåne och med varierad bredd på erfarenhet och ålder, både från offentlig och privat verksamhet (se Tabell 1).

Tabell 1. Bakgrundsinformation om deltagarna

Deltagare	Åldern	Verksamma år som distriktssköterska	Verksamhet
1	51 år	4 år	offentlig
2	51 år	8 år	offentlig
3	49 år	7 år	offentlig
4	49 år	9 år	offentlig
5	59 år	7,5 år	offentlig
6	61 år	32 år	privat
7	44 år	9 år	offentlig
8	48 år	8 år	privat

Instrument

Intervjuerna hölls med stöd av en semistrukturerad intervjuguide och inleddes med demografiska frågor såsom ålder och antal verksamma år som distriktssköterska. Öppna

frågor användes med fokus på syftet och kompletterades med följdfrågor. En intervjuguide (se Bilaga 3) utformades utifrån frågor som ansågs vara relevanta för att kunna svara på studiens syfte (Polit & Beck, 2017). En pilotintervju utfördes för att utvärdera om intervjuguiden fungerade och även som ett sätt för författarna att träna sin förmåga att intervjua (Henricson, 2017). En pilotintervju genomfördes maj 2022 i syfte att testa kvaliteten på frågorna. Pilotstudien bedömdes ha god kvalitet och inkluderades i studien.

Datainsamling

Rekryteringen av deltagarna genomfördes från april 2022 efter rådgivande utlåtande från Vetenskapliga etiknämnden (VEN). En inledande rekrytering efter informanter utfördes digitalt på Distriktssköterskeföreningens Facebooksida med en förhoppning om ett urval med nationell spridning. Dock resulterade detta endast i svar från två distriktssköterskor i Skåne trots påminnelse. Rekryteringsprocessen fortsatte med utskick av mail till verksamhetschefer inom primärvården i Skåne där sammanlagt åttio mail skickades ut med inkluderade brev och medgivande blankett (se Bilaga 2). Efter påminnelser till chefer erhöles information om att nio distriktssköterskor var intresserade av att delta i studien. Vidare skickades informationsbrev (se Bilaga 1) till dessa distriktssköterskor.

Intervjuer med distriktssköterskor som samtyckt genomfördes mellan maj och juni 2022 efter överenskommelse om tid och plats. Enligt Henricson & Billhult (2017) är forskaren följsam och flexibel gentemot informanten avseende tid och plats. Hälften av intervjuerna skedde via Teams (digitalt verktyg för möte) och hälften på arbetsplatsen under deras arbetstid. Intervjuerna varade mellan 30 - 45 min, (genomsnittlig tid 35 min) och båda författarna deltog vid intervjuerna, förutom vid ett tillfälle på grund av tidsbrist. Båda författarna var aktiva under intervjuerna. Fördelningen var att en intervjuade och den andre följde intervjun utifrån intervjuguiden så att alla relevanta områden för studien blev diskuterade. Materialet spelades in och sparades på lösenordsskyddad telefon. Deltagarnas skriftliga samtyckesblanketter samlades in innan intervjun, vissa av dem lämnades via e-post och vissa i samband med intervjun på plats.

Analys av data

De transkriberade intervjuerna analyserades utifrån Graneheim och Lundmans beskrivning av kvalitativ innehållsanalys (2004). Fokus i kvalitativ innehållsanalys är främst baserat på identifiering av likheter och skillnader i texterna. Ansatsen är induktiv, vilket innebär att mönster söktes i materialet och att texterna analyserades så förutsättningslöst som möjligt (Graneheim et al. 2017; Polit & Beck, 2017).

Transkriberingen gjordes i anslutning till intervjuerna och delades upp mellan författarna. Den gjordes så ordagrant som möjligt (Kvale & Brinkman, 2014). Materialet från intervjuerna analyserades i olika steg. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att vid en manifest innehållsanalys utgår analysen från vad som står i texten och inga vidare tolkningar av texten görs. Medan i den latent innehållsanalys lyfts innehållet fram utifrån en tolkning om vad texten berättar, det vill säga den underliggande meningen i texten lyfts fram. Den transkriberade texten lästes flera gånger och färgmarkerades separat av båda författarna för att fånga helheten. Meningar och fraser utifrån syftet separerades ut ur texten och meningsbärande enheter identifierades. Denna manifesta innehållsanalys gjordes gemensamt av författarna. Vidare kondenserades texten genom att bilda korrekta meningar utan fraser och andra utfyllnader för att bevara det centrala innehållet i textmaterialet. Enligt Graneheim och Lundman (2017) är kondenseringen den process som gör texten kortare och därmed lättare att överskåda, utan att förlora det som är centralt. Nästa steg, den latent innehållsanalys, innebar en abstrahering av den kondenserade texten vilket skedde genom kodning. Materialet kunde nu sorteras utifrån kodord och kodord med liknande betydelse parades ihop. Totalt genererade analysen 22 kodord som grupperades och därefter sorterades. Dessa fungerade som verktyg för att bilda subkategorier och kategorier (Tabell 2). Analysen resulterade i sju subkategorier och tre kategorier. Den sista delen i analysarbetet var att finna lämpliga citat som verifierade kategorierna. Även handledaren fick ta del av materialet och var aktiv i diskussionerna kring kategoriseringen.

Tabell 2. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserande mening	Kod	Subkategori	Huvudkategori
Jag träffar en del kvinnor via inkontinensmottag	Kontakt med distriktssköterska	Kontaktorsak	Inkontinens mottagningen	Kvinnors olika kontaktvägar vid klimakterie

ning pga trängningar, torra underliv, upprepade UVI och urinläckage till följd av östrogenbrist i klimakteriet.	på grund av inkontinens utredning		- en väg in för att diskutera klimakteriet	problematiken
Ja, det är ju A och O. Man är insatt i det och förstår, att man är tydlig med kvinnorna att symtomen kan vara klimakteriet.	Distriktssköterska belyser vikten av kunskap om klimakteriet i bemötandet av kvinnan.	Kunskap	Klimakteriet belyses lite i utbildningen	Utmaningar för distriktssköterska i mötet med kvinnorna

Forskningsetiska avvägningar

Studien hade fått ett rådgivande yttrande från Vetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Lunds universitet (Nr 39-22). Studien följer de forskningsetiska regler beträffande deltagarnas säkerhet, samtycke till deltagande i studien, informationskravet, och kravet på konfidentialitet (World Medical Association, 2018). Deltagarna informerades via mail om studiens syfte, tillvägagångssätt, hantering av material samt att deltagande i studien var frivilligt och kunde avbrytas när som helst (se Bilaga 1). Deltagarna skrev på samtyckesblanketten som samlades in innan intervjun. Samtyckeskravet innebar att deltagare i studien själv hade rätten att bestämma över sin egen medverkan. Det var deltagaren själv som avgjorde hur länge och under vilka villkor deltagande skulle ske. Medverkan i studien kunde avbrytas utan negativa följder för deltagaren (Polit & Beck, 2017). Deltagarna fick också information om konfidentialitetskravet vilket innebär att det insamlade materialet endast får användas för studiens ändamål och förvaras på en privat telefon med skyddat lösenord som endast är tillgängligt för författarna och handledaren (World Medical Association, 2018). I enlighet med dataskyddsförordningen, General data protection regulation (GDPR, 2016) får personuppgifter endast behandlas efter samtycke från berörda. GDPR ställer krav på att information tydligt skall framgå kring hur personuppgifterna kommer att användas och bevaras. Som personuppgift räknas varje uppgift som direkt eller indirekt kan knytas till en levande person till exempel ljudupptagningar. Ljudupptagningarna från intervjuerna kommer raderas när uppsatsen har examinerats och godkänts.

Resultat

Resultatet baseras på en kvalitativ analys av åtta intervjuer som belyser distriktssköterskornas erfarenheter av att möta kvinnor i klimakteriet på distriktssköterskemottagning. Analysen resulterade i tre huvudkategorier och sju subkategorier som presenteras i figuren nedan (se Figur 1).



Figur 1. Översikt av kategorier och subkategorier

Kvinnors olika kontaktvägar vid klimakteriebesvär

Inkontinensmottagningen - en väg in för att diskutera klimakteriet

Distriktssköterskorna träffade majoriteten av kvinnorna på inkontinensmottagningen där kvinnorna hade inbokade besök. De sökte kontakt med distriktssköterskorna på grund av olika urogenitala symtom såsom urinträngningar, urinläckage och torra slemhinnor i underlivet men de sökte sällan för specifika klimakteriebesvär såsom vallningar och svettningar. Kvinnorna kontaktade inte distriktssköterskorna med anledning av att de hade klimakteriebesvär utan det

var ofta återkommande symtom som skulle kunna vara relaterade till klimakteriet. En del distriktssköterskor berättade att kvinnorna inte såg sambandet mellan sina symtom och klimakteriet. På inkontinensmottagningen påbörjades utredning med anamnes med stöd av undersökningsmallar i Nikola (digitalt verktyg inom området inkontinens) och Vårdgivare Skåne (webbsida med information om tjänster för vårdgivare).

”Jag tror att de flesta runt där, runt i alla fall 50 år ålder som har problem. De träffar vi genom att de har inkontinensbesvär och då kommer det ju fram allt annat.”(Intervju 2)

Under utredningens gång framkom flera symtom som påverkade kvinnorna negativt som till exempel smärta och/eller urinläckage vid samlag. Distriktssköterskorna tog upp med kvinnorna att det kunde bero på klimakteriet. Vidare berättade distriktssköterskorna att de i samband med utredningen för urininkontinens, till en del av kvinnorna, ställde allmänna frågor om trötthet, vallningar, oregelbunden menstruation och om de upplevde en känsla av att inte känna igen sig själv, symtom som kan relateras till klimakteriet. Andra distriktssköterskor berättade att en del kvinnor tog upp symtom som värk i kroppen, hjärtklappning och blodtrycksförändringar, men att kvinnorna inte sökt vård för dessa symtom.

“Jag träffar dem (kvinnorna) eftersom jag har inkontinenspatienter, så det är ju ganska många av dem som är i den åldern som har haft sin sista mens och då problem med till exempel trängningsbesvär.”(Intervju 4)

Kvinnans upplevda symtom avgör val av vårdgivare

Under intervjuerna framkom det att kvinnor också sökt kontakt med andra vårdgivare på vårdcentralen på grund av diffusa symtom. Det kunde bland annat vara ett läkarbesök, kontakt med diabetessköterska eller en kontakt med psykosociala teamet. Enligt distriktssköterskorna kunde kontaktbehovet utgå från psykiska besvär, och de ansåg att det var svårt med detta symtom eftersom det inte är enkelt att urskilja om det är en pågående depression eller en nedstämdhet, relaterad till den hormonella obalansen som förekommer under klimakteriet.

“Men när jag hörde att de mår dåligt och känner att de inte orkar på jobbet eller så brukar jag säga att det kanske beror på klimakteriet. Men vi har ju här som riktlinje/policy att om

man har sådana bekymmer så bokar man en bedömningstid till psykolog. Så gör dom en bedömning och skattning för äkta depression och ångest så det är så jag vägleder dem att träffa någon som kan den biten bättre.”(Intervju 4)

Vilken vårdgivare kvinnan sedan fick träffa bestämdes via telefontriageringen och utifrån de symtom som kvinnan upplevde. Distriktssköterskorna beskrev att telefonkontakten, utifrån kvinnornas upplevelse oftast medförde att de bokades till läkare för medicinsk bedömning vilket var vanligt förekommande bland kvinnorna i klimakteriet. Det kunde vara olika symtom såsom sömnproblem, humörsvängningar, trötthet, vallningar, svettningar och menstruella blödningar.

“Ja, de patienter som söker, de har oftast misstankar om att det kan vara klimakteriet, men eftersom symptomen är så varierande så vill de gärna ha en utredning hos en läkare, provtagning att utesluta om det något annat, så det blir oftast att det en läkare som får träffa dem, diskutera, ta anamnes och kanske ordinera prover och kolla sköldkörteln och annat.”(Intervju 8)

Distriktssköterskorna beskrev det som att det är inte sällan att kvinnorna har haft symptomen under längre tid, och när de blivit så pass stora att det gått ut över familjen och arbetslivet söker de hjälp. Även att partnern reagerat och påverkats av symtom gör att kvinnorna känner sig tvungna söka vård. Distriktssköterskorna beskrev också att kontaktvägar gick från båda hållen. Kvinnorna sökte till läkare på vårdcentralen och remitterades vidare till distriktssköterskan eller tvärtom, att först gjorde distriktssköterskan en bedömning och sedan hänvisade vidare till en läkare. Kvinnorna kunde också hänvisas till distriktssköterskan efter kontakt med diabetessköterskan. På grund av riklig miktion hänvisades de vidare för att verifiera om rikligheten berodde på diabetes eller klimakteriet. Några distriktssköterskor var verksamma som diabetessköterska också och hade även erfarenhet av att prata om livsstilsåtgärder, vilka är aktuella för både diabetespatienter och kvinnorna i klimakteriet.

“Eftersom jag har nu mycket diabetes, så är det mycket också om maten och kroppen, att kroppen förändras. Att man äter som man alltid gjort men man blir ändå rundare och får inte riktigt ihop det med sitt levnadssätt. Man kopplar inte samma det med klimakteriet. Så det faktiskt väldigt, bland många kvinnor som jag har.”(Intervju 2)

Stöd och hjälp under klimakteriet

Distriktssköterskans möjlighet att påverka kvinnor att bli mer aktiva, hälsosamma och ansvarstagande

Livsstilsförändringar var en av de behandlingar där distriktssköterskor kände att de kunde bidra med information och också hade erfarenhet av. Samtal om olika levnadsvanor och livsstilsförändringar kom ofta i samband med inkontinensutredning, besök på blodtrycksmottagning eller diabetesmottagning. Distriktssköterskor nämnde ofta att de tog upp med kvinnorna att de skulle må bättre i klimakteriet om de försökte ha regelbundna vanor, motionera så att de svettades några gånger i veckan, att de skulle äta nyttigt, mer frukt och grönsaker och få i sig mer protein. Distriktssköterskorna nämnde också sömnvanor, att kvinnorna informerades om att ta sin sömn på allvar, inte slarva utan lägga sig i tid. Distriktssköterskorna gav god rådgivning om levnadsvanor som kunde vara bra både för hälsa och lindra klimakterierelaterade symtom. Distriktssköterskorna försökte genom information skapa en grundtrygghet för att få kvinnorna att inse fördelarna med att ta hand om sin egen hälsa. Många av dessa kvinnor visste eller tänkte inte på att det kan vara viktigt att träna, äta rätt, behålla sina muskler och hade därmed kunnat må mycket bättre än vad de gjorde.

“Det är sånt vi missar idag, då menar jag kost, motion, hela denna sömn, stress, alla som gör att på något sätt klimakteriet går bra, men det krävs information.” (Intervju 3)

När egenvård och livsstilsförändring inte räcker till

I samband med inkontinensutredning framkom det som en del i utredningen av symtombilden om kvinnorna hade någon form av hormonbehandling. Distriktssköterskorna berättade för kvinnorna att de kunde skriva ut hormonpreparat (östroger) för lokalt bruk för administrering i underlivet och detta var inget som kvinnorna hade kännedom om. Kvinnorna informerades om hur lokalbehandling med östroger fungerade men en del uttryckte oro för biverkningar. Vidare informerades de kvinnorna om att vid lokal behandling med östroger, i form av vagitorier och kräm, kan till exempel besvär med smärta vid samlag, upprepade urinvägsinfektioner och trängningar lindras. Vid mildare besvär i underlivet gavs rådet att prova lokal östrogerbehandling och vid allvarligare besvär remitterades kvinnorna vidare för diskussion med en läkare för en eventuell förskrivning av systemiskt östroger. Enligt några distriktssköterskor delade de erfarenheter om huruvida de brukade förskriva östroger på sin

arbetsplats, men många ansåg också att de hade för dålig kunskap om hormonterapi för att kunna ge en adekvat rådgivning kring det.

“... en del blir hjälpta av lokalt östrogen och mår bättre, sedan är det ju upp till var och en.”

(Intervju 6)

“Jag förklarar för kvinnor i klimakterieåldern om urinvägarnas funktion, minskad östrogen som leder till slemhinnans atrofi och smärta vid samlag samt effekter av lokalbehandling med östrogen.”(Intervju 4)

Utmaningar för distriktssköterskan i mötet med kvinnorna

Klimakteriet belyses lite i utbildning

Distriktssköterskorna berättade att det inte har varit något fokus på klimakteriet under varken sjuksköterske - eller distriktssköterskeutbildning och ansåg att det har varit lite, kanske något kapitel i litteraturen. En av svårigheterna som distriktssköterskor tog upp var erfarenheten av att ha för lite kompetens inom klimakterieområde och att det hade varit önskvärt med mer kompetens så att det gick att göra mer för kvinnorna i klimakteriet. En del distriktssköterskor ville lära sig mer om de olika faserna i klimakteriet och beskrev att många kvinnor säkert hade blivit hjälpta av att förstå sin kropp och betydelsen av kunskap om klimakteriet.

“Hade jag utbildat mig mer inom kvinnohälsa, hade jag haft lättare att prata om det. Jag tycker att det inte varit något fokus i utbildningen. Det har varit ett kapitel i sjuksköterskeutbildningen och det är lite. Det är ganska komplext och det hamnar sidan om. Jag hade önskat att man hade mer kompetens och kunde ge bättre råd. Att ha mer kött på benen och kunna göra mer. Jag är förvånad över att man under utbildningen knappt har berört det. Det är många bitar som jag inte kan göra.” (Intervju 5)

En ojämn kunskapsnivå om klimakteriet

Distriktssköterskorna upplevde att det var stora kunskapsskillnader hos kvinnorna om klimakteriet de mötte på distriktssköterskemottagning. Distriktssköterskorna hade erfarenhet

av att en del kvinnor med annan kulturell bakgrund kunde väldigt lite om klimakteriet och de utgick ofta från erfarenheter från sina familjer. Upplevelsen var att där det inte pratades om kvinnokroppen och i sin tur klimakteriet är kunskapen lägre. Att kunskapsnivån påverkas av socioekonomiska faktorer såsom samhällsskikt och profession var tydligt beroende på var vårdcentralen geografiskt var belägen. Utifrån distriktssköterskans perspektiv tog många kvinnor inte hand om sig när de hade kommit till den perioden i livet när det var jobbigt och de inte fick ihop saker. Det var mycket psykisk ohälsa som kunde förstärkas av klimakterierelaterade besvär. Några av distriktssköterskor ansåg att det var lättare för en läkare att ställa en diagnos för utmattning, överarbetning eller depression och ordinera psykofarmaka jämfört med att utforska närmare om symtomen kunde bero på klimakteriet. Däremot uppmärksammades av distriktssköterskorna att kvinnorna med högre socioekonomiska förutsättningar hade mycket mer kunskap. Kvinnorna läste och tog till sig information och diskuterade för- och nackdelar med hormonbehandling. Kvinnorna skaffade sig även kunskap via sociala media som Instagram och olika poddar om klimakteriet. Distriktssköterskorna ansåg att allmän kunskap i samhället behövdes om klimakteriet, inte bara för kvinnor utan även partnern behöver upplysas om de besvär som kan drabba en kvinna i klimakteriet.

“Att de flesta kvinnor har förvånansvärt lite kunskap idag, trots att vi har ett så enormt informationssamhälle, så vet folk väldigt lite om sina kroppar.”(Intervju 3)

Distriktssköterskorna uppmärksammade också att kvinnor hade olika syn på klimakteriet. Många kvinnor kom från världens olika länder där man betraktade sig som väldigt gammal redan när man fyllt femtio år. De västerländska kvinnorna hade en annan syn på klimakteriet, deras upplevelse var att de var samma person som de var i trettio-, fyrtioårsåldern, man vill inte uppfattas som gammal och hjärntrött. Många av dessa kvinnor var högpresterande och gjorde många saker samtidigt i sitt liv.

“Men jag kan nog säga att det är mer skamligt från västerländska kvinnor att prata om klimakteriet för man vill inte vara gammal. Då är du gammal och det vill du egentligen inte vara.”(Intervju 2)

Tidsmässiga och organisatoriska barriärer

Distriktssköterskorna uttryckte att brist på tid ansågs som ett hinder för arbetet med kvinnor i klimakteriet. Distriktssköterskorna önskade att ha tid avsatt för att kunna arbeta preventivt. Även att det önskades att strukturera upp en bra klimakterievårdplan där kunde distriktssköterska tillsammans med en fysioterapeut och psykosociala teamet erbjuda bra klimakterievård. Några distriktssköterskorna önskade att de kunde boka in de kvinnorna eller skicka remiss till klimakterierådgivning. Distriktssköterskorna berättade att det skulle vara bra att ha klimakteriemottagning som kunde vara ett komplement till inkontinensmottagning med en specialiserad distriktssköterska eller barnmorska som hade mer kunskap och kunde ge bättre egenvårdsråd. Vidare saknades riktlinjer specifikt om klimakteriet däremot fanns det om inkontinens. Många av distriktssköterskor lyfte även att förebyggande åtgärder kunde göras. Till exempel skulle alla kvinnor i en viss ålder få en kallelse med ett erbjudande om ett hälsosamtal. I samtalet kunde tas upp vad som kunde vänta dem, när ungefär i tiden, typ av symtom och egenvårdsråd.

“Vi får inte jobba mer förebyggande eller informativt. Den tiden finns inte, vi får inte den tiden i vårt arbete och det är synd. Klimakteriet är ingen sjukdom men man kan ändå behöva stöd.”(Intervju 2)

Diskussion

Metoddiskussion

Föreliggande studie genomfördes med kvalitativ ansats eftersom det är en lämplig metod att använda utifrån syftet, att belysa distriktssköterskans erfarenhet av att möta kvinnor i klimakteriet på distriktssköterskemottagning. Enligt Lundman & Hällgren (2012) kan trovärdigheten i en studie bedömas utifrån begreppen: giltighet, tillförlitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet.

Giltighet

I metodavsnittet är urval och analysprocess noggrant redovisat vilket stärker studiens giltighet. Analysen utfördes steg för steg i enlighet med Graneheims och Lundmans (2004) analysprocess. Det går alltid att finna flera underliggande betydelser i en text och ett visst utrymme för tolkning finns. Men för att stärka giltigheten i studiens resultat är det viktigt att det verifieras med citat från intervjuerna, en röst från deltagarna.

Hur urvalet har utformats kan också ha betydelse för giltigheten. Deltagarna rekryterades digitalt via Distriktssköterskeförningens Facebooksida och via verksamhetschefer på olika vårdcentraler. Deltagarna anmälde själva sitt intresse för att delta i studien och fördelen med denna metod är att alla förmodade deltagare som motsvarade inklusionskriterierna kunde delta (Graneheim & Lundman, 2004). Enligt Graneheim & Lundman (2014) kan studiens resultat stärkas om deltagarna har varierande ålder och bredd på erfarenheter.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie hade varierande arbetslivserfarenhet och kom från olika vårdcentraler, privat och offentligt, samt att dessa var placerade i olika delar av Skåne. Det som utifrån detta resonemang skulle kunna anses som en svaghet var att det inte fanns någon yngre distriktssköterska med bland de som intervjuades och att gruppen således utifrån ett åldersperspektiv var ganska homogen. Vidare var alla de som deltog verksamma i Skåne, men å andra sidan från olika delar av landskapet. Målet var att ha minst tio deltagare, men tidsfaktorn var största problemet med rekryteringen och att det redan pågick många studier på vårdcentralerna. Däremot inhämtades tillräckligt med data för att kunna identifiera likheter och skillnader i materialet utifrån studiens syfte. Danielson (2016) beskriver att tjugo personer av erfarenheter kan vara ett riktmärke och att omkring 5-6 personer kan ge sparsam information till analysen. Det går inte att utesluta att identifierade svagheter sammantaget kan ha påverkat studiens resultat.

Tillförlitlighet

Graneheim och Lundman (2004) beskriver att en studies tillförlitlighet beaktar hur äkta ett resultat är i förhållande till datainsamlingen. Studiens syfte var att belysa distriktssköterskors upplevelse av att möta kvinnor i klimakteriet och därför användes en metod med kvalitativ ansats. Datainsamlingen bestod av intervjuer där en semistrukturerad intervjuguide användes som stöd. Denna form bedömdes vara fördelaktigt eftersom distriktssköterskorna gavs

möjlighet att tala relativt fritt om sina upplevelser och författarna fick då en möjlighet att anpassa följdfrågorna utifrån deltagarnas svar och på så vis nå en djupare beskrivning av upplevelsen. Transkriberingen av intervjuerna genomfördes i nära anslutning till intervjutillfället och ökade studiens tillförlitlighet eftersom materialet var färskt (Polit & Beck, 2017). Författarna ansåg att det var en stabil intervjuguide med huvudfrågor som sedan kompletterades med följdfrågor. En pilotintervju genomfördes och eftersom kvaliteten var god inkluderades denna i datainsamlingen. Eftersom författarna inte hade så stor erfarenhet av att intervjua och av intervjuteknik, genomfördes samtliga intervjuer utom en av båda författarna tillsammans. Orsaken till att en av intervjuerna utfördes enskilt, med en av författarna, var att den i annat fall inte skulle hinnas med inom tidsramen för datainsamlingen. Båda författarna deltog under intervjuerna vilket kan ses både som en styrka och en svaghet. En fördel kan vara att intervjuerna höll samma struktur varje gång. Intervjuerna utfördes med stöd av en intervjuguide vilket medförde att alla deltagare fick samma frågor och som också kan ses som en styrka. Nackdelen med att vara två vid intervjutillfället är att det finns en risk för att informanten kan uppleva sig vara i ett underläge (Trost, 2010). Intervjuerna utfördes digitalt och en av författarna höll i huvudsak i intervjun, vilket bidrog till att intervjun kunde kännas som en dialog mellan två personer och att alla var på samma nivå. En annan slutsats är att det hade varit mer tidseffektivt att dela upp intervjuerna.

Intervjuerna spelades in med anledning av att intervjuprocessen skulle flyta på obehindrat. På det sättet skulle eventuella störmoment minskas och sätta fokus på intervjun. Samtliga informanter gav samtycke till inspelning. Enligt Danielson (2016) ingår det i forskarens roll att tillgodose bästa möjliga förutsättningar för intervjutillfället. Intervjuerna lyssnades igenom och transkribering gjordes skiftande av författarna i nära anslutning efter intervju för att få en överblick av det insamlade materialet. Därmed kunde analysprocessen underlättas och ge en inblick i det latent innehåll. Texten tolkades individuellt av båda författare och innehållet diskuterades gemensamt. Trovärdigheten ökar om den transkriberade texten tolkas av båda författarna (Graneheim, Lindgren och Lundman, 2017). Graneheim & Lundman (2004) beskriver att triangulering handlar om att analysera och tolka tillsammans och se utifrån varandras perspektiv vilket stärker resultatet och ökar trovärdigheten. Handledaren fått ta del av visst intervjumaterial och varit aktiv under kategoriseringen. Tillförlitligheten stärks när flera personer tolkat samma material och kommit fram till samma resultat (Polit & Beck, 2017).

Bekräftelsebarhet

Detta motsvarar objektivitet och innebär att den data som presenteras inte färgats av författarna utan speglar insamlad data (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna åstadkom detta genom att transkribera intervjuerna ordagrant, men på grund av tidsbrist kunde inte informanterna ges möjlighet att ta del av resultatet för att verifiera representativiteten av intervjuerna, vilket i så fall varit en ytterligare åtgärd för att stärka neutraliteten. Däremot återfinns information från informanterna genom verifiering av resultatet med citat från intervjuerna. Författarna har inte arbetat som distriktssköterskor utan den eventuella erfarenheten som finns har inhämtas under verksamhetsförlagd utbildning, så förförståelse för studiens syfte är begränsat och anses inte ha påverkat studiens kvalitet (Friberg & Öhlen, 2017).

Överförbarhet

I vilken utsträckning studieresultatet kan överföras till andra grupper är det som begreppet innefattar (Graneheim & Lundman, 2004). Det är viktigt att det finns en tydlig beskrivning utifrån vilken kontext, urval, datainsamling och analysprocess som studien baseras på. Informanterna fick inför intervjun besvara några demografiska frågor för att om möjligt urskilja variationer hos distriktssköterskorna. Överförbarheten ökar enligt Polit och Beck (2017) om det finns en spridning i urvalsgruppen. I föreliggande studie fanns det en spridning geografiskt i Skåne bland informanterna. Likaså beträffande deras arbetslivserfarenhet som distriktssköterska. Däremot var informanternas åldersspann mer homogent, även om det sträckte sig från 44 år till 61 år.

Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att undersöka distriktssköterskans erfarenheter av att möta kvinnor i klimakteriet på en distriktssköterskemottagning. Författarna har valt att diskutera tre

olika huvudfynd: *att möta kvinnor i klimakteriet, hjälp till självhjälp och svårigheter och hinder i distriktssköterskans arbete i mötet med kvinnor i klimakteriet.*

Att möta kvinnor i klimakteriet

Resultatet visade att distriktssköterskor hade erfarenhet av att möta kvinnors behov i klimakteriet. Det framkom i studien att den erfarenheten oftast skapas genom telefon-triagering och inkontinensutredning. Distriktssköterskorna i föreliggande studie berättade att kvinnor i övergångsperioden ofta söker sig till en vårdcentral på grund av olika diffusa symtom och att de är oroliga för om de är sjuka på något sätt. De kopplar för det mesta inte sina symtom till klimakteriet. Hvas (2022) beskriver att övergångsåldern inte skall karaktäriseras utifrån ett sjukdomsperspektiv men inte heller bagatelliseras, och det var med detta perspektiv de flesta distriktssköterskorna i föreliggande studie arbetade utifrån. Således är klimakteriet inte någon sjukdom, men kan innebära att kvinnorna kontaktar vårdcentralen på grund av olika diffusa symtom såsom svettningar, vallningar, sömnproblem, viktuppgång, nedstämdhet, samt urogenitalasymtom (Todd et al., 2020; Rindner et al., 2017; Elmström, 2021; Sydora et al., 2021). Vidare beskrev distriktssköterskorna i studien att telefon-triageringen underlättades när det handlade om symtom kopplade till klimakteriet på grund av att de själva befann sig i övergångsperioden och kunde känna igen sig. Sådan erfarenhet bidrog till att kvinnorna fick en adekvat information, råd och stöd vid den inledande kontakten. Tidigare studier beskriver att erfarenhet är en viktig del i sköterskans kunnande och ett tillvägagångssätt är att förlita sig på tidigare och egna erfarenheter i samband med bedömningar via telefon (Rysst Gustavsson & Eriksson, 2020; Rindner, 2021). Resultat har även visat att inkontinensutredning är det vanligaste sättet för distriktssköterskor att komma i kontakt med kvinnor i klimakteriet och detsamma visade resultatet i denna studie. Distriktssköterskorna har belyst att de samtalade med kvinnor om klimakteriet och olika symtom och mående under inkontinensutredningen. Distriktssköterskorna i studien upplevde att många kvinnor kunde känna tillit och trygghet vid dessa tillfällen. Under utredningens gång öppnade kvinnorna upp sig mer och mer för distriktssköterskorna och berättade också om ytterligare besvär som kanske inte var så lätta att prata om som till exempel samliv. Demirtas & Kalybandioglu (2021) beskriver att kvinnor i menopaus kan förbättra sin sexuella hälsa om sjuksköterskor uppmuntrar dem att uttrycka sina behov avseende samliv. Kompetensbeskrivningen för distriktssköterskan (2019) betonar vikten av ett etiskt

förhållningssätt som speciellt viktigt. Respekt för individens integritet betonas i olika situationer och miljöer där distriktssköterskan är verksam. Mötet mellan individen och distriktssköterskan ska präglas av förtroende och trygghet. Utifrån den kunskapen är det av betydelse att distriktssköterskan vågar prata med kvinnan om det som är svårt till exempel sexuell hälsa. Resultat i föreliggande studie visar att det saknas en hälsomottagning riktad till kvinnohälsa där distriktssköterskor kan arbeta mer utifrån ett holistiskt synsätt och ha avsatt tid till kvinnor i klimakteriet. Distriktssköterskorna önskade också att arbeta i team runt kvinnorna med fysioterapeut och psykolog. I resultatet framkom det att distriktssköterskan har en betydande roll för hälsovården i primärvården och som har förskrivningsrätt till lokal östrogenbehandling. En behandling som kan vara till hjälp vid inkontinensvård och ge kvinnor en bättre livskvalitet. Vidare har distriktssköterskan i mötet med kvinnor möjlighet att påverka livsstilsfaktorer vilka under klimakteriet kan lindra upplevda besvär. Detsamma belyses av Rindner (2021).

Hjälp till självhjälp

I resultatet belyste distriktssköterskorna att de under mottagningsbesök lyfte vikten av ett hälsosamt liv vilket är mycket aktuellt för kvinnor i övergångsperioden med högt blodtryck, diabetes, viktproblem och psykosociala besvär. Det framkom att livsstilsförändringar är en av de behandlingar där distriktssköterskor kan bidra med information och som de har erfarenhet av. Distriktssköterskorna i studien ville arbeta mer preventivt, men det fanns inte tidsutrymme eller organisatorisk möjlighet till detta. Detta resultat är i enlighet med en turkisk studie av Alan et al (2016) som beskriver att kvinnorna hade förväntningar på sjukvården avseende information och vägledning om menopausen, de förändringar som följer samt olika sätt att hantera besvären. Distriktssköterskorna i föreliggande studie poängterade betydelsen av information om egenvård och livsstilsförändringar för att kvinnor ska kunna påverka sin hälsa positivt. I detta preventiva arbete ansåg distriktssköterskorna att regelbundna hälsovanor såsom träning, kost, god sömnrutin, balans mellan stress och återhämtning var viktig kunskap att förmedla till kvinnorna. Goda vanor av detta slag kan bidra till att främja hälsa och lindra symtomen hos kvinnor med klimakteriebesvär. Hvas (2022) beskriver att det är viktigt att lyssna på kroppen, försöka glida med och inte kämpa emot. Motvilja till förändringarna kan försvåra processen och kan leda till en sämre upplevd livsfas. Yasdkhasti et al. (2014) beskriver att kvinnor utifrån empowerment behöver fatta beslut gällande sin hälsa.

Empowerment är en rättighet och med det följer ett ansvar att söka kunskap och stöd, beroende på tillgängliga hälsovals alternativ. Av den anledningen kan det vara viktigt att distriktssköterskan uppmuntrar kvinnor till att fatta beslut utifrån vad hon behöver. Distriktssköterskorna i föreliggande studie lyfte också att utifrån empowerment är det viktigt som distriktssköterska att stärka kvinnans egen kraft och tillit till sig själv för att ta kontroll över sitt liv. Distriktssköterskan behöver erfarenhet för att arbeta förebyggande och behandlande samt stärka hälsoprocesser (Distriktssköterskeföreningen, 2019). Distriktssköterskan behöver dock ha ett arbetssätt som främjar empowerment hos kvinnor som är i klimakteriet. Elmström (2021) betonar betydelsen av att distriktssköterskor uppmuntrar kvinnor till livsstilsförändring och att skapa möjligheter för det som stärker hälsan och som leder till positiv energi. Curta & Weissheimer (2020) visade i sin studie att kvinnor upplever att fysisk aktivitet med regelbunden träning kan minska klimakteriesymtom. Det kan därför ha betydelse att sjuksköterskan rekommenderar fysisk aktivitet för att på så sätt främja hälsa som bidrar till ökad livskvalitet (Curta & Weissheimer, 2020). I en studie av Kafaei-Atrian et al. (2022) där kvinnor i övergångsperioden fick utbildning om menopausen beträffande symtom, kost, motion samt stöd och vägledning visade att utbildning gav effekt, att egenvård gav förhöjd livskvalitet. Empowerment integrerat med egenvård kan förbättra livskvaliteten för kvinnor i menopaus (Kafaei-Atrian et al., 2022).

Svårigheter och hinder i distriktssköterskans arbete i mötet med kvinnor i klimakteriet

Resultatet visade att kunskapsnivån men också hur man såg på klimakteriet varierade mellan kvinnor och att socioekonomiska områden och kulturell bakgrund var faktorer som bland annat påverkade detta. Distriktssköterskorna i denna studie träffade en del högutbildade och högpresterande kvinnor som hade stor kunskap om övergångsperioden och var de kunde hitta information. Kvinnorna hade ofta en annan syn på klimakteriet i form av att de kände sig mycket yngre än sin kronologiska ålder. Resultatet är i enlighet med en studie från Slovenien av Gregorin & Pajk (2016) som beskriver positiv attityd till hälsan där kvinnor i studien är medvetna om hur de kan bibehålla och förbättra hälsan samtidigt som de uttrycker behov av bättre klimakterierådgivning. Hos kvinnor som tillhörde kulturer där det inte pratades om kvinnokroppen och den fysiologiska processen upplevde distriktssköterskorna i studien att kunskapen om klimakteriet var betydligt lägre. Distriktssköterskorna träffade en del kvinnor som inte visste att menstruationen upphör eller som trodde att de var gravida trots att de inte

haft någon menstruation på över ett år. Kvinnornas syn på menopausen beskrev distriktssköterskorna som att vissa blev lättade över att de inte var gravida eller sjuka medan andra ansåg att de förlorat sin kvinnlighet i och med att menstruationen upphört. Studiens resultat är samstämmigt med en intervjustudie gjord av Ishak et al. (2021) vilken beskriver hur olika uppfattningar och erfarenheter om menopausen 20 kvinnor hade i Malaysia. Ingen av kvinnorna sökte vård avseende besvären och en av anledningarna kunde bero på bristande kunskap om fasen och dess behandling. Menopaus uppfattades som en fas i åldrandet med försämring av hälsan, ett accepterande. Majoriteten av kvinnorna poängterade kroppsförändringar, att det var negativt att åldras och att skönheten och kvinnligheten minskar. Trots detta uppfattades menopaus också som något positivt, att inte behöva ha smärtsam menstruation eller oro för graviditet. Vårdgivare inom primärvården behöver ha beredskap för att kunna erbjuda kvinnor information om menopaus och vad som kan göras för att förbättra hälsan (Ishak et al., 2021). Det bekräftas i en studie utförd av Andrade et al. (2013) att kunskap om klimakteriet saknas hos brasilianska kvinnor och att de inte har fått information om vad det innebär utifrån ett psykologiskt och fysiologiskt perspektiv och vilken påverkan det kan ha på kroppen. Kvinnorna erhöll heller ingen information av hälsovården. Distriktssköterskor i föreliggande studie lyfte att det kan vara svårt att möta kvinnors behov i klimakteriet med olika kunskapsskillnader om distriktssköterskor inte besitter tillräcklig kunskap. Socialstyrelsen (2020) beskriver att jämlik vård skapas utan diskriminering oavsett bakomliggande faktorer såsom ålder, kön, etnicitet och utbildning. Av den anledning är det viktigt anpassa sig och behålla sin profession och bemötande gentemot olika kulturella- och kunskapsskillnader hos kvinnor ur ett samhällsperspektiv. I kompetensbeskrivningen för distriktssköterska bör kompetens utgå från kunskap om kulturella och socioekonomiska skillnader och dess påverkan på hälsa (Distriktssköterskeföreningen, 2019).

Resultatet visar att många distriktssköterskor upplevde att de inte hade tillräckligt mycket kunskap om klimakteriet. Enligt distriktssköterskorna kunde en av anledningarna vara bristfällig utbildning om kvinnohälsa (Lunds universitet, 2020). Det saknas riktlinjer att förhålla sig till om klimakteriet inom primärvården, men det finns behov av klimakterierådgivning. International council of nurses (ICN) sjuksköterskans etiska kod, paragraf 4:3 betonar vikten av att sjuksköterskan ska leda eller bidra till utveckling av riktlinjer för stöd i hälso och sjukvården (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Utifrån denna etiska kod är det naturligt att distriktssköterskan med fortbildning skulle kunna bidra till följsamhet av de riktlinjer som finns samt driva vården framåt och därmed ge utrymme åt

kvinnohälsa. Distriktssköterskor i denna studie har berättat att de inhämtade kunskap genom sitt arbete och att de satt sig in i ämnet. Hvas (2022) beskriver att kunskap om övergångsåldern handlar om att det är en naturlig fas i en kvinnas liv. Det finns påverkande faktorer på hur kvinnorna upplever övergångsåldern; beroende på karaktären av symtomen och i vilken grad, kulturens betydelse och hur livet är för övrigt. Distriktssköterskan kan med utbildning och information stärka kvinnors förmåga till egenvård och ansvar för sin egen hälsa (Distriktssköterskeförbundet, 2019). Hvas (2022) beskriver vidare att det behövs kunskap och ökad förståelse för att motverka myter och föreställningar i samhället och av den anledningen är det viktigt att vi pratar med varandra och utbyter såväl positiva som negativa erfarenheter. Utifrån studiens resultat framkom det att distriktssköterskor ansåg att klimakteriet är viktigt område. De vill kunna ge råd och stöd utifrån ett helhetsperspektiv till kvinnorna, eftersom de frekvent möter dessa i olika sammanhang. Men de upplever att de saknar kunskap. Detsamma lyfte Rindner (2021) i sin avhandling, hur viktigt helhetssyner och den psykosociala hälsan är.

Konklusion och implikationer

Distriktssköterskor träffar främst på kvinnorna i klimakteriet på inkontinensmottagningen och kvinnorna träffar olika vårdgivare på grund av diffusa symtom. Distriktssköterskorna vill arbeta stödjande och utbildande och kunna erbjuda kvinnor vägledning, men det saknas organisatoriska förutsättningar för detta. Kvinnorna som kommer till vårdcentralen har varierande kunskap och syn på klimakteriet men distriktssköterskorna saknar kunskap för att kunna möta kvinnorna i klimakteriet. Det behövs riktlinjer och utbildning för distriktssköterskor som stöd för planering av en strukturerad klimakterievårdplan. Utbildningen i området är central eftersom klimakteriet är kopplat till många symtom som kvinnor söker för. Det skulle vara intressant att undersöka vilken påverkan en klimakteriemottagning skulle få på kvinnohälsa ur ett hälso-, etiskt och samhällsperspektiv.

Referenser

Alan, S., Gozuyesil, E., & Gokyildiz, S. (2016). Effect of Menopause on the Life of Women who Experience Hot Flashes and there Health seeking behaviours. *International Journal of Caring Sciences* 9(2), p 542 <https://www.researchgate.net/publication/339528220>

Andersson, R. M., & Funell, M. M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient education couns*, 79(3), 277-282. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>

Anderson, D., Seib, C., Mcguire, A., & Porter-Steele, J. (2015). Decreasing menopausal symptoms in women undertaking a web-based multi-modal lifestyle intervention: the Women`s Wellness Program: *Maturitas*, 81(1), 69-75. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx>

Avis, N. E., Crawford, S. L., & Green, R. (2018). Vasomotor Symptoms Across the Menopause Transition: Differences Among Women. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 45(4), 629–640. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.005>

Bixo, M (2022). Klimakteriebesvär. I M.Bixo & I.Sundström Poromaa (Red.). *GynObst.2 Problemorienterad gynekologi och obstetrik*. (2:uppl, s. 225-234). Liber.

Cerezo, P.G., Juvè-Udina, M.,E., Delgado-Hito, P. (2016). Concepts and measures of patient empowerment a comprehensive review. *Revista da Escola de enfermagem da USP*. 50 (04) 664-671 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500018>

Curta, C.C. & Weissheimer, AM. (2020). Perceptions and feelings about physical changes in climacteric women. *Rev. Gaùcha Enferm*. 41 (sep) 2020 <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190198>

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idè till examination inom omvårdnad* (s.163-173). Lund: Studentlitteratur.

Demirtaş B, Kaybandioğlu E. Sexual health and nursing approaches in menopausal period. *J Educ Res Nurs*. 2022;19(2):244-249 Demirtaş, B. & Kaybandioğlu. (2020).

DOI:10.5152/jern.2021.08068

Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska*

Kompetensbeskrivning-avancerad-nivå-distriktssköterska-reviderad-2019.pdf

(distriktssköterska.com)

De Lucena Andrade, W., Braga, L. S., Silva Medeiros, A. P. D., de FranÃ, a N. M. M., AraÃ°jo, V. S., & Dias, M. D. (2013). Woman in Menopause: Information and Knowledge about the Quality of Care. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 7(3), 688–696. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.5205/reuol.3161.26181-6-LE.0703201307>

Drevenhorn, E., Österlund Efraimsson, E. (2014). Distriktssköterskemottagningar. I C. Bökberg (Red.). *Omvårdnad i primärvården* (s. 125-143). Studentlitteratur.

El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brooks MM, Thurston RC, et al. The menopause transition and women`s health at midlife: a progress report from the Study of Women`s Health Across the Nation (SWAN). *Menopause (New York, NY)*.

[https://doi:2019;26\(10\):1213-27](https://doi:2019;26(10):1213-27)

Friberg, F., & Öhlen, J. (2017). Fenomenologi och hermeneutik I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idè till examination inom omvårdnad* (s.345-370). Lund: Studentlitteratur.

GDPR General Data Protection Regulation (25 maj 2018) Vad är GDPR? Sammanfattning av Dataskyddsförordningen! (vismaspcs.se)

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis is nursing research concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 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>

Greendale, G.A., Sternfeld, B., Huang, M., Han, W., Gutierrez-Karvonen, C., Ruppert, K., Cauley, A.J., Finkelstein, S.J., Jiang, S-F., & Karlamangla, S.A. (2019). Changes in body composition and weight during the menopause transition. Doi:10.1172/jci.insight.124865

Henricson, M. & Billhult, A. (2016). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s.130-137). Lund: Studentlitteratur.

Hvas, L. (2022). *Bogen om overgangsalderen* (uppl 2). KLIM.

Mohamad Ishak, N. N., Jamani, N. A., Mohd Arifin, S. R., Abdul Hadi, A., & Abd Aziz, K. H. (2021). Exploring women's perceptions and experiences of menopause among East Coast Malaysian women. *Malaysian family physician : the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 16 (1), 84–92. <https://doi.org/10.51866/oa1098>

Ilankoon, I., Samarasinghe, K., & Elgán, C. (2021). Menopause is a natural stage of aging: a qualitative study. *BMC kvinnors hälsa*, 21 (1), 47.
<https://doi.org/10.1186/s12905-020-01164-6>

Kafaei-Atrian, M., Sadat, Z., Nasiri, S., & Izadi-Avanji, F. S. (2022). The Effect of Self-care Education Based on Self-efficacy Theory, Individual Empowerment Model, and Their Integration on Quality of Life among Menopausal Women. *International journal of community based nursing and midwifery*, 10(1), 54–63.
<https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2021.86814.1370>

Kalra, B., Kalra, S., Bhattacharya, S., & Dhingra, A. (2020). Menopause distress: A person centered definition. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(12(B)), 2481–2483. Sept-20 (jpma.org.pk)

Kostenius, C. (2014). Hälsofrämjande möten och samtal i primärvården. I C. Bökberg (Red.), *Omvårdnad i primärvården* (uppl 1 s. 81-97). Studentlitteratur.

Kunskapsguiden. Ny definition primärvården-Kunskapsguiden.

<https://kunskapsguiden.se/.../ny-definition-av-primarvarden>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Landgren, B-M. (2009). Klimakteriet. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I & Lundgren. (Red.), *Lärobok för barnmorskor*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur. ss 565-569.

Limeira Lopes, M. E., Da Costa, S. F. G., De Lima Gouveia, E. M, Evangelista, C. B., De Magalhaes Oliveira, A. M., & Da Costa, K. C. (2013). Assistance to women in menopause: Speech of nurses. *Journal of Nursing UFPE/Revistade Enfermagem UFPE*, 7(3).

Lunds Universitet. (2020). *VASDA, Specialistsjuksköterskeprogrammet, Distriktssköterska, 75 högskolepoäng*. Specialistsjuksköterskeprogrammet, Distriktssköterska | Lunds universitet

Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R., & Simoncini, T. (2018). Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. *Nature reviews. Endocrinology*, 14(4), 199-215. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.180>

Nappi, R., Kroll, R., Siddiqui, E., Stoykova, B., Rea, C., Gemmen, E., & Schultz, N. (2021). Global cross-sectional survey of woman with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. *Menopause* 28(8) 875-872
DOI: 10.1097/GME.0000000000001793

Pimenta, F., Leal, I., Maroco, J., & Ramos, C. (2011). Representations and Perceived consequences of menopause by peri and post-menopausal Portuguese women: a qualitative research. *Health Care for Women International*. 32 1111-1125.
<https://DOI: 10.1080/07399332.2011.603859>

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for nursing practice* (10 uppl.) Lippincott Williams & Wilkins.

Rindner, L., Strömme, G., Nordeman, L., Wigren, M., Hange, D., Gunnarsson, R., & Rembeck, G. (2017). Prevalence of somatic and urogenital symptoms as well psychological health in women aged 45 to 55 attending primary health care: a cross-sectional study. *BMC Women Health*, 17 (1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0480-1>

Rindner, L. (2021). Women's health in midlife-a person-centered approach in primary care-effects on mental, somatic, and urogenital symptoms, and quality of life. <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/67648>

Rubinstein, H. (2014). Defining what is normal menopause: How womens clinicians different understandings may lead to lack of provision for those in most need. *Human fertility* 17 (3) 218-22. <https://doi:10.3109/14647273.2014.929184>

Rysst Gustavsson, S., & Eriksson I. (2021). Quality indicators in telephone Nursing - *An integrative review*. *Nursing Open*, 8 p. 1301-1313 <https://doi.org/10.1002/nop2.747>

Santoro, N., Roeca, C., Peters, B. A., & Neal-Perry, G. (2021). The Menopause Transition: Signs, Symptoms and Managment Options. *The journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106 (1), 1–15. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa764>

SFOG Svensk förening för obstetrik och gynekologi (21.januari 2021) *SFOG-råd för menopausal hormonbehandling*. mht-bakgrund-210121.pdf (sfog.se)

Socialstyrelsen (2020b). Kapitel 2: Organisationen och strukturens inverkan på vården. I *Arbetsätt för jämlik vård* (s. 25-65). Socialstyrelsen: Stockholm. *Arbetsätt för jämlik vård* (socialstyrelsen.se)

Socialstyrelsen (september 2021). *Vård och behandling vid klimakteriebesvär i primärvården samt i den gynekologiska specialistvården*. Artikelnummer 2021-9-7583. <https://www.socialstyrelsen.se/globalsets/sharepoint-dokument>

Spetz Holm, A-C., & Hammar, M. (2014). Den normala menscykeln- och varför kvinnor kommer in i klimakteriet. I Spetz Holm, A-C., Jonasson, L., & Hammar, M. (Red), *Klimakteriet en uppdatering*. (Sid. 13-26). Studentlitteratur.

Svenska barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*.
<https://www.srat.se/globalassets/srat/dokument/forengigarna/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*.
[swenurse.se/nyheter-och-opinion/aktuellt/nyheter/2022-08-22-nu-ar-icns-nya-etiska-kod-over-satt-till-svenska](https://www.swenurse.se/nyheter-och-opinion/aktuellt/nyheter/2022-08-22-nu-ar-icns-nya-etiska-kod-over-satt-till-svenska)

Sydora, BC, Graham, B., Oster, R. T., & Ross, S. (2021). Menopause experience in first Nations women and initiatives menopause symptoms awareness; a community – based participatory research approach. *BMC Womens health*, 21 (1), 179.
<https://doi.org/10.1186/s12905-021-01303-7>

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Studentlitteratur.

WHO. (oktober 2018). Primary health care. *Declaration of Astana*.
WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf

World Medical Association. (9 juli 2018). WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research in involving human subjects.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wåhlin, I. (2017). Empowerment in critical care: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Science* (31) 164-174. <https://doi.org/10.1111/scs.12331>

Yazdkhasti, M., Simbar, M., & Abdi, F. (2015). Empowerment and coping strategies in menopause women: a review. *Iranian Red Crescent medical journal*, 17 (3), e18944.
<https://doi.org/10.5812/ircmj.18944>

Bilaga 1(3)



MEDICINSKA
FAKULTETEN

INFORMATIONSBREV TILL STUDIEDELTAGARE

Distriktssköterskans erfarenhet av att möta kvinnor i klimakteriet

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

Vi är två legitimerade sjuksköterskor som studerar specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning distriktssköterska på Lunds universitet. Studiens syfte är att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av att möta kvinnor i klimakteriet på distriktssköterskemottagning.

Studien kommer att genomföras med hjälp av intervju via zoom/teams eller efter överenskommelse. Beräknad tidsåtgång är 30-60 minuter. Samtliga intervjuer kommer att spelas in, transkriberas och analyseras av oss författare. Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt, det vill säga all information kommer att säkras med kod som endast författarna har tillgång till. Allt inspelat och analyserat material kommer bara vara tillgängligt för författarna och handledaren.

Allt insamlat material kommer att förvaras på privat dator med skyddat lösenord tillgängligt för författarna. Insamlat material kommer att förstöras efter godkänd examination.

Ditt deltagande är helt frivilligt och vill Du inte medverka behöver Du inte förklara varför. Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten och scannas in i samband med intervjun.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistprogrammet Distriktssköterska.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.		
Med vänliga hälsningar		
<i>Ylva Nordblom</i> <i>Distriktssköterskestudent</i> <i>Studerande på specialist</i> <i>distriktssköterskeprogrammet</i> yl0572no-se@student.lu.se	<i>Nedzada Hamzic</i> <i>Distriktssköterskestudent</i> <i>Studerande på specialist</i> <i>distriktssköterskeprogrammet</i> ne5803ha-s@student.lu.se	<i>Anna-Karin Larsson</i> <i>handledare</i> <i>Anna-Karin</i> Larsson@skane.se
<u>Bilagor:</u> 1. Medgivandeblankett		

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om *Distriktssköterskans erfarenhet av att möta kvinnor i klimakteriet*

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift av studiedeltagare

Ort, datum

Underskrift

Telefonnummer



Informationsbrev till verksamhetschef/motsv.

Förfrågan om tillstånd och hjälp att tillfråga distriktssköterskor om deltagande i studien

Det finns en del forskning kring kvinnors upplevelse av klimakteriet men det saknas forskning gjord ur distriktssköterskors perspektiv. Klimakteriet beskrivs som en del av det naturliga åldrandet hos kvinnorna men ändå en väldigt individuell förändring hos varje kvinna. Det kan vara en omvälvande period med symtom och besvär som varar omkring tio år hos majoriteten av kvinnor och det är därför viktigt att vården upptäcker tidiga tecken och symtom och kan erbjuda behandling i syfte att minska besvären. Genom att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av att möta kvinnors behov i klimakteriet, skulle författarna få uppfattning om det finns kunskapsluckor som påverkar hur hjälp och bemötande kan ges till målgruppen. Denna studie skulle kunna bidra till att klimakteriet som område på en distriktssköterskemottagning får ett tydligare fokus.

Vi söker distriktssköterskor som jobbar inom primärvården. För att samla in data kommer en kvalitativ intervju metod att användas. Deltagarna kommer att bli intervjuade med öppningsfrågor samt några följdfrågor. Intervjuerna beräknas att ta ca 30-60 min och kommer att spelas in för att sedan transkriberas.

De distriktssköterskor som väljer delta i studien kommer att få ett informationsbrev om studien. I brevet får deltagarna information om studiens syfte, de praktiska genomförande, hantering av insamlad data och analys. Deltagande i studien är frivilligt och kan avslutas när som helst utan att behöva tala om varför. Insamlade material kommer att förvaras på en privat dator med skyddat lösenord som endast är tillgängligt för författarna och insamlad data får endast användas för studiens ändamål.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett magisterarbete i specialist distriktssköterskeprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.		
Med vänliga hälsningar		
<i>Ylva Nordblom</i> <i>Distriktssköterskestudent</i> <i>Studerande på specialist</i> <i>distriktssköterskeprogrammet</i> yl0572no-se@student.lu.se	<i>Nedzada Hamzic</i> <i>Distriktssköterskestudent</i> <i>Studerande på specialist</i> <i>distriktssköterskeprogrammet</i> ne5803ha-s@student.lu.se	<i>Anna-Karin Larsson</i> <i>handledare</i> Anna-Karin Larsson@skane.se
<u>Bilagor:</u> 1. Medgivandeblankett 2. Projektplan		

Medgivandeblankett

Distriktssköterskans erfarenhet av att möta kvinnors behov i klimakteriet

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde

Bilaga 3(3)

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

Hur gammal är Du?

Hur länge har Du jobbat som distriktssköterska?

Intervjufrågor

- Vilka klimakterierelaterade problem har du stött på hos kvinnorna som söker till distriktssköterskemottagningen?
- Kan du beskriva hur du arbetar i mötet med kvinnor i klimakteriet?
- Upplever du att det saknas kunskap om klimakteriet hos kvinnorna?
- I rådgivningssituationer, hur upplever du betydelsen av din kompetens om klimakteriet?
- Beskriv vilka svårigheter och hinder som distriktssköterskan erfar i mötet med att hjälpa kvinnor i klimakteriet?
- Beskriv hur du som distriktssköterska bemöter kvinnornas behov av vägledning i klimakteriet.
- Vilken är din erfarenhet av att arbeta med empowerment i mötet med patienter?