



MEDICINSKA FAKULTETEN

Sexuell hälsa under klimakteriet hos kvinnor i Sverige

- En kvalitativ studie om kvinnors upplevelser, en enkätundersökning

Sexual health during menopause among women in Sweden

- A qualitative study of women's experiences conducted with a questionnaire survey

Författare: Henny Karlberg Lindqvist och Emma Jakhammer

Handledare: Ingela Sjöblom

Antal ord: 8455

Magisteruppsats

Hösten 2023

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

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

Abstrakt

Bakgrund: Sexuell hälsa kräver att alla människors sexuella rättigheter respekteras och skyddas. I klimakteriet är det inte ovanligt att kvinnor upplever att sexualiteten påverkas. Hur klimakteriet påverkar kvinnor är individuellt och mångfacetterat. Att vara förberedd, att få information samt vid behov att få behandling är av betydelse för hur kvinnor upplever klimakteriet. Prioriterade reformer inom sjukvården behöver i större utsträckning tillgodose även kvinnors behov. Klimakteriet är ett av de eftersatta områden som i regeringens jämställdhetsmål, delmål 5 jämställd hälsa. För att tillgodose vad kvinnor i klimakteriet efterfrågar behöver vården vara tillgänglig och ha goda kunskaper. Inte minst behöver de olika förväntningar som kvinnor har bemötas tvärprofessionellt med ett kvinnocentrerat perspektiv där barnmorskor kan göra stor skillnad för den enskilda kvinnan.

Syfte: Syftet var att belysa kvinnors upplevda sexuella hälsa under klimakteriet i Sverige.

Metod: Studien genomfördes i kvalitativ design. Data samlades in med hjälp av frågeformulär som lades ut i fem olika svenska intressegrupper för klimakteriet på sociala media. Insamlade data analyserades med kvalitativ innehållsanalys. I studien ingick svar från 80 respondenter.

Resultat: Analysen resulterade i åtta subkategorier under tre huvudkategorier; lust och sex, kroppen förändras och mentala faktorer. Orgasmer och att känna lust påverkade hur sexuell hälsa upplevdes liksom relationer och att få behandling när kroppen förändrades. Förändrad självkänsla, oro och trötthet påverkade också upplevelsen. Det framkom också att ibland påverkades inte den sexuella hälsan alls av klimakteriet och ibland hade upplevelsen förbättrats.

Konklusion: Resultatet indikerar att sexuell hälsa ska förstås ur en holistisk syn på människan och ses ur ett livscykelperspektiv. Barnmorskor möter kvinnor genom hela livet och arbetar hälsofrämjande, rådgivande och förebyggande för kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa. Det är barnmorskans unika kompetensområde. Barnmorskor har mot bakgrund av detta en stor möjlighet att vara behjälpliga med flera av de önskemål som kvinnor i klimakteriet efterfrågar.

Nyckelord

Kvinnohälsa, Klimakteriet, Sexuell hälsa, Barnmorska, Partnerskapsteorin, Jämställd hälsa

Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	6
Klimakteriet och sexuell hälsa	6
Klimakteriet som en naturlig förändring i livet.....	7
Teoretisk referensram	8
Barnmorskans roll för kvinnor i klimakteriet.....	9
Syfte	11
Metod	11
Design	11
Urval	11
Instrument	11
Datainsamling	12
Forskningsetiska avvägningar.....	12
Analys av data.....	13
Resultat.....	14
Lust och sex	16
Lusten förändras	16
Relationers betydelse.....	17
Orgasmens betydelse för att känna lust	18
Kroppen förändras.....	18
Nya kroppsliga manifestationer, både hindrande och stärkande	18
Att få behandling när kroppen förändras	19
Mentala faktorer.....	20
Förändrad självkänsla	20
Oro över att inte räcka till och hinna med	20
Sömnstörningar och trötthet skapar en ond spiral	21
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Trovärdighet	22
Tillförlitlighet	24
Överförbarhet.....	24
Resultatdiskussion.....	25
Varför minskar lust och hur kan den förbättras?	25
Relationer som stärkande och värdefulla hälsofaktorer.....	27

Vård och omsorg på lika villkor – ett jämställdhetsmål	28
Konklusion och implikationer	29
Referenser.....	31

Problemområde

Sexualiteten är en medfödd del av människans behov och grundläggande för vår hälsa och vårt välbefinnande (World Health Organization, (WHO), 2022). Det är en fråga som berör barnmorskans arbete eftersom barnmorskan arbetar med kvinnors reproduktiva och sexuella hälsa genom hela livet (Svenska Barnmorskeförbundet, 2019). Alla kvinnor genomgår klimakteriet men graden av besvär och upplevelsen av klimakteriet kan variera mycket. I partnerskapsteorin (Mander, 2011) utgår barnmorskans omvårdnad från ett kvinnocentrerat fundament där relationen till kvinnan är central.

I Sverige finns sedan 2018 en ny jämställdhetsmyndighet som bland annat har i uppdrag att årligen redovisa och analysera resultat av åtgärder som vidtagits för att nå jämställdhetsmålen. Ett av de sex jämställdhetsmålen är jämställd hälsa, delmål 5 (Regeringen, 2016).

Klimakteriet är ett av de eftersatta områden som nämns där även kvinnospecifika sjukdomar är underprioriterade. Prioriterade reformer inom sjukvården behöver i större utsträckning tillgodose även kvinnors behov. Det behövs ökad kunskap om diagnosticering och behandling samt ökad tillgänglighet för vårdsökande (Jämställdhetsmyndigheten, 2023). När tillgången på vård och hälsa inte är jämställd påverkas möjlighet till arbete, försörjning, makt och inflytande i samhället (Regeringen, 2016). På samma sätt är detta en förutsättning för en jämställd hälsa. En konsekvens av en ojämlig fördelning är därigenom en risk för ojämn hälsa.

I samband med klimakteriet sker en hormonell omställning i kroppen och kvinnan når menopaus. Denna övergång är en naturlig del av en kvinnas liv. Biomedicinskt förklaras klimakteriet av sjunkande könshormoner medan kvinnor ofta beskriver individuella upplevelser och känner igen sig i en mångfald av symtom inom såväl psykiska, sociala som existentiella ramar (Hvas, 2006). I litteraturen berörs ofta klimakteriet från det medicinska perspektivet med symtom, besvär och dysfunktion och det finns ett samband mellan att passera klimakteriet och förändrad sexuell funktion (Thomas & Thurston, 2016). Kvinnors upplevelser av vad som motverkar och underlättar sexuell hälsa under klimakteriet behöver studeras för att tydliggöra och tillmötesgå de behov och förväntningar som kvinnor i klimakteriet har och söker vård för.

Bakgrund

Klimakteriet och sexuell hälsa

Sexualitet påverkas av ett samspel mellan flera faktorer där biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska och politiska är några. WHO (2022) definierar sexuell hälsa som ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet. För att uppnå sexuell hälsa behöver det finnas möjlighet till njutbara och säkra sexuella erfarenheter som är fria från tvång, våld, förtryck och diskriminering för alla människor. Ett globalt arbete för sexuell hälsa kräver ett respektfullt förhållningssätt. Alla människors sexuella rättigheter behöver respekteras och skyddas genom opinionsbildning, definitioner, policys och lagar både globalt och i Sverige (WHO, 2022; Gruskin et al, 2019; Regeringen, 2016; Regeringen, 2021). Symtom som uppträder i klimakteriet kan i olika utsträckning påverka sexualiteten. Det kan vara fysiska svårigheter om sköra och torra slemhinnor orsakar smärta. Sexuell funktion påverkas också av att ha en relation eller partner, att ha en positiv attityd gentemot åldrandet och att känna kroppsligt välbefinnande (Thomas & Thurston, 2016). Andra faktorer som påverkar sexuell funktion i hög grad är psykosociala faktorer som stress och socioekonomisk status (Barbagallo et al., 2022). Sömnbesvär är vanligt hos kvinnor i klimakteriet. Dålig sömnkvalitet har visats ha negativ påverkan på sexuell funktion utöver många andra hälsoeffekter som associeras med dålig sömn (Kling, et al., 2021). Sexualitet är inte enbart den sexuella funktionen som kan förstås utifrån medicinska begrepp. Den sexuella lusten kan också påverkas av förändringar. Trötthet, psykosociala förändringar eller den egna upplevelsen av kroppsliga förändringar bidrar till att den sexuella lusten minskar (Hvas, 2006) medan många kvinnor beskriver positiva upplevelser av att vara i en ny livsfas (Hvas, 2001). För många sammanfaller klimakteriet med en tidpunkt i livet då kvinnan kan lämna perioder av graviditet, barnafödande, amning och barnuppfostran och många kvinnor upplever en större sexuell lust (Hvas, 2001; Lindh-Åstrand et al., 2007). Det finns med andra ord förklaringar till att klimakteriet kan både hämma och stimulera kvinnans sexuella funktion och lust. Sammantaget behöver kvinnans sexualitet förstås utifrån ett flerdimensionellt orsakssamband.

Klimakteriet som en naturlig förändring i livet

Anledningen till att kvinnan kommer in i klimakteriet beror på en naturlig biologisk process. Östrogenet i blodet sjunker på grund av att antalet ägganlag sjunker och det uppstår inga ägglossningar. När antalet ägganlag sjunker finns inte längre någon förmåga att bilda den mängd östrogen som krävs för att endometriet ska stimuleras till att förtjockas och därför avtar menstruationerna (Spetz Holm & Hammar, 2014). Under en kvinnas fertila ålder styr könshormoner menstruationscykeln, men kvinnan påverkas under hela livet i varierande grad av sina könshormoner. Klimakteriet kan variera i längd från några månader till 10–15 år. Menopaus beskrivs som den sista menstruation som en kvinna har i sitt liv och enligt WHO definieras menopaus retrospektivt 12 månader efter sista menstruationen. Vanligtvis äger menopausen rum när kvinnan är runt 45–57 år, i Sverige är medianålder knappt 52 år (Specialitetsförening För Obstetrik och Gynekologi [SFOG], 2021). Det finns en ambivalens hos kvinnor i klimakteriet som handlar om att övergången är en del av det naturliga åldrandet. Åldrandet å ena sidan beskrivs som något som ger fler kroppsliga symtom medan det å andra sidan ger frihet och trygghet (Hvas, 2006; Ekström, 2005). Erfarenheter berör dels de kroppsliga förändringar eller förluster som förknippas med åldrandet utifrån en fysiologisk förändring. Psykologiska förändringar beskrivs med både positiva och negativa erfarenheter styrda av känslor inför en ny modersroll och en större frihet i egna val, men också en oro över att vara i en ny livsfas (Lindh-Åstrand et al., 2007). Kvinnans individuella upplevelse är intressant i sammanhanget. Medan ”den åldrade kvinnan i klimakteriet” ses som ett objekt tar kvinnan själv sin plats som ”den kvinna jag är”, alltså subjekt (Ekström, 2005). Först och främst är kvinnans egen upplevelse av vem hon är relevant och bevarandet av det egna jaget kan ses som ett sätt att hantera ovissheten som kan finnas gällande när menopaus inträder och hur klimakteriet kommer att påverka henne (Ekström, 2005). De flesta kvinnor påverkas av kroppsliga förändringar i klimakteriet. Värmevallningar och svettningar är ett vanligt symtom och 70% av de tillfrågade (n = 1314) i en svensk tvärsnittsstudie beskriver sådana besvär (Lindh-Åstrand et al., 2015). Socialstyrelsen (2021) gjorde nyligen en kartläggning om vård och behandling vid klimakteriebesvär. I enkätundersökningen tillfrågades drygt 2000 kvinnor om hur de fick information och kunskap, om de upplevde besvär och i så fall vilka, samt frågor om hjälp och behandling vid klimakteriebesvär. Det framkommer att så många som 97% av kvinnorna har haft besvär och drygt hälften uppger att besvären hade varit svåra. Vidare beskriver 86% att de haft besvär med värmevallningar och nattliga svettningar. Sömnproblem under klimakteriet är också vanligt förekommande, inte nödvändigtvis orsakat

av nattliga svettningar. I undersökningen kunde inte heller något tydligt samband ses mellan nattliga svettningar och sömnproblem. Humörsvängningar, nedstämdhet, led- muskel och ryggbesvär samt urinläckage förekommer också hos ungefär hälften av kvinnorna. Sex av tio kvinnor beskriver torra och sköra slemhinnor, drygt hälften (54%) uppger sexuella besvär.

Kvinnor som söker medicinsk behandling för symtomen behöver träffa läkare för förskrivning. God behandlingseffekt har menopausal hormonterapi (MHT, tidigare benämnt HRT) och fysisk aktivitet (SFOG, 2021). Komplementära behandlingsmetoder kan också användas, som till exempel när hormonterapi är kontraindicerat eller när kvinnan inte vill använda hormonpreparat. Det är till exempel akupunktur och naturläkemedel, kosttillskott och SSRI (Bixo, 2014). Andra symtom som beskrivs av kvinnor i klimakteriet är fysisk och mental utmattning, sömnproblem, nedstämdhet och sexuella besvär (Rindner, 2021). Kvinnan i klimakteriet påverkas inte enbart av de biomedicinska faktorerna som handlar om sjunkande östrogennivåer. Samtidig ohälsa av annan anledning, och psykosociala livssituationer behöver också beaktas i vården (Socialstyrelsen, 2020a; Kalra et al. 2012).

Teoretisk referensram

I Sverige har barnmorskan ett unikt kompetensområde inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) (Svenska Barnmorskeförbundet, 2019) och barnmorskans professionella förhållningssätt beskrivs i barnmorskornas internationella etiska kod (Svenska Barnmorskeförbundet 2014). Barnmorskans arbete kan beskrivas genom flera barnmorsketeorier. En central barnmorsketeori är partnerskapsteorin (Mander, 2011). I partnerskapsteorin skapar barnmorskan en relation till kvinnan som hon vårdar. Genom relationen skapas ett samarbete, partnerskap, mellan barnmorskan och kvinnan. Partnerskapet förutsätter att barnmorskan arbetar utifrån en kvinnocentrerad vård som skall bidra till att kvinnan stärks till att fatta egna, välinformerade val om sin vård. Det finns skillnader i hur män och kvinnor upplever sin hälsa (Regeringen, 2016). En säker, personcentrerad, jämlik, tillgänglig och kontinuerlig vård finns upptagen i kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska (Svenska Barnmorskeförbundet, 2019). För en jämställd hälsa (Regeringen, 2016) behöver kvinnor ha tillgång till lämplig vård. Kvinnor i klimakteriet kan vända sig till barnmorskan för att få information och råd för att kunna fatta beslut som rör den egna hälsan. I den relationen kan kvinnorna känna trygghet och hitta förståelse för att lättare kunna ställa

sina frågor. På så vis kan kvinnor vara mer förberedda och information som efterfrågas bli mer tillgänglig. Det skapas även ett delat beslutsfattande. Barnmorskan kan stärka kvinnan om det behövs och ta del av ansvaret så att kvinnan inte skuldbeläggs om någon behandling inte får önskat resultat. Barnmorskan arbetar för alla kvinnors lika värde oberoende av religiös, socioekonomisk eller kulturell bakgrund. I partnerskapet blir barnmorskan en beskyddare för kvinnan och värnar om den normala processen som klimakteriet är i kvinnans liv. För att barnmorskan ska kunna jobba med partnerskap krävs kontinuitet (Mander, 2011).

Barnmorskans roll för kvinnor i klimakteriet

I den svenska barnmorskans kompetens ingår att ha kunskap om kvinnors sexuella hälsa i ett livscykel-, genus och rättighetsperspektiv. Det innebär att barnmorskan har en viktig roll för kvinnor som söker kunskap och råd angående klimakteriet. Många kvinnor vet inte mycket om klimakteriet och det naturliga åldrandet (Rindner, 2021). I Socialstyrelsens (2021) undersökning framkommer att hälften av kvinnorna var ganska förberedda, en tredjedel var inte alls förberedda och bara en av tio var väl förberedd. Det som efterfrågas är mer kunskap om fysiska och psykiska förändringar, vilka klimakteriebesvär som kan uppkomma och egenvårdsråd som kan lindra. Så många som åtta av tio kvinnor önskar få råd om hur de själva kan lindra besvären (Socialstyrelsen, 2021). Rådgivning, kunskap och information om behandlingsalternativ behöver bli bättre om kvinnor ska kunna fatta beslut. I sin avhandling visar Rindner (2021) att klimakterieundervisning genom primärvården kan ha en positiv effekt för kvinnor när det gäller fysiska, psykiska och urogenitala symtom. Individuella samtal med enskild rådgivning visade sig ha tydligast effekt på kvinnors livskvalitet (Rindner, 2021). 75% av barnmorskemottagningarna och hälften av vårdcentralerna som tillfrågades i Socialstyrelsens (2021) undersökning uppger att det finns behov av patientinformation. Kvinnor med klimakteriebesvär kan vända sig till sin vårdcentral, till barnmorskemottagningar och till gynekologisk specialistmottagning. Tillgången till specialister är inte jämnt fördelad över landet (Socialstyrelsen, 2020a). När Socialstyrelsen (2021) granskade detta framkom att behandlingen skiljde sig åt beroende på var kvinnorna sökte vård. De som sökt sig till en gynekologisk mottagning hade i högre grad fått förskrivning av recept på systemiskt verkande hormonläkemedel jämfört med de som sökt en vårdcentral eller en barnmorskemottagning. De som besökt en barnmorskemottagning hade

också i högre grad fått information om klimakteriet, fått egenvårdsråd och råd angående receptfria läkemedel (Socialstyrelsen, 2021). Det framkom även att det som först och främst efterfrågades var att få information, få egenvårdsråd och få kunskap om vad som händer i kroppen medan en mindre andel ansåg att information om behandling, läkemedel och hälsokost var viktigt (Socialstyrelsen, 2021). Detta visar att barnmorskans kompetens att arbeta hälsofrämjande, förebyggande och rådgivande är av stor betydelse för kvinnor i samband med klimakteriet. Barnmorskan har inte möjlighet att förskriva hormonpreparat i syfte att lindra symtom vid klimakteriebesvär, lokalverkande receptfria hormonpreparat rekommenderas däremot ofta (Elmström, 2021). Förutom hormonell behandling finns rådgivning som syftar till att ge stöd för att förbättra levnadsvanor. Syftet med sådan rådgivning är att kvinnans egna resurser stärks för att lindra och skapa välbefinnande. Att vara rökare innebär att klimakteriet kan inträffa tidigare och besvär kan förvärras av rökning (Socialstyrelsen 2020b). Rökstopp rekommenderas liksom en aktiv livsstil. Fysisk aktivitet har en bevisad positiv effekt mot värmevallningar. (Socialstyrelsen, 2021). I en randomiserad svensk studie (Berin et al., 2019) kunde värmevallningarna hos kvinnorna som styrketränade 3 x 45 minuter/vecka nästan halveras på 15 veckor medan ingen skillnad kunde ses i den andra gruppen. I en ny avhandling (Berin, 2023) framkommer att styrketräning är ett bra behandlingsalternativ för kvinnor som inte vill eller kan använda östrogenbehandling och som är motiverade. Det framkommer också att värmevallningarna bidrog till att öka motivationen, stöd av fysioterapeut var viktig och att träningen bidrog till ökat välbefinnande (Berin, 2023). Samtal om levnadsvanor när kvinnor söker vård för klimakteriebesvär är motiverat och bör vara en del i rådgivningen.

Region Skåne driver barnmorskemottagningar klimakterierådgivningsverksamhet inom ramen för ett tilläggsuppdrag inom Hälsoval Skåne. (Socialstyrelsen, 2021). År 2020 fanns 16 sådana mottagningar. Att erbjuda kvalitetssäkrad rådgivning i det växande utbudet av information på webbplatser, i böcker, på apotek och hälsokostbutiker, i media, via poddar och på sociala medier bör också ha en plats i dessa verksamheter (Socialstyrelsen, 2021). Det är en viktig fråga att erbjuda kvinnor klimakteriekunskap, stöd och egenvårdsråd (Wahlstedt & Calais, 2018; Rindner 2021). I mötet med de kvinnor som söker vård bör centrala begrepp som kvinnocentrerad vård och helhetssyn vara väl befästa. De symtom och eventuella besvär som upplevs styrs såväl av kvinnans erfarenheter som av det egna sättet att vara och agera. Kvinnans agerande är individuellt, kontextuellt och beroende av hennes kunskaper (Ekström et al., 2004)

Syfte

Syftet var att belysa kvinnors upplevda sexuella hälsa under klimakteriet i Sverige.

Metod

Design

Studien genomfördes med kvalitativ design med öppna frågor i en enkät. Den kvalitativa designen är lämplig för att beskriva och nå fördjupad förståelse för upplevelser och erfarenheter (Polit & Beck, 2017).

Urval

Urvalet bestämdes till kvinnor som nått menopaus, var i, eller hade passerat klimakteriet. Vidare inklusionskriterier är att förstå och kunna skriva svenska eller engelska i text. Kontakt togs med administratörer för intressegrupper inom området på Facebook för att få tillstånd att lägga ut frågeformuläret. Tillstånd medgavs i fem grupper, ingen tillfrågad grupp avvisade studien. Intressegrupperna hade en spridning i antalet medlemmar från knappt 1000 till 24 500 medlemmar och ämnena som berördes i grupperna hade till viss del ett varierat innehåll men berörde alltid klimakteriet.

Instrument

Ett frågeformulär konstruerades i enkätverktyget Sunet Survey i enlighet med Lunds universitets riktlinjer för magisteruppsats. Frågeformuläret inleddes med en kort information till studiedeltagarna. Därefter följde två öppna frågor: *"På vilket sätt har klimakteriet påverkat din sexualitet?"* och *"Vilka faktorer har som mest underlättat eller motverkat din sexuella hälsa under klimakteriet?"*. Respondenterna ombads i frågan att beskriva så utförligt som möjligt. Formuläret avslutades med fem korta frågor för att få uppgifter om ålder, utbildning, födelseland, antal år sedan menopaus och eventuell hormonbehandling. Det finns flera sätt att nå validitet (Wenemark, 2017). En pilotundersökning genomfördes med fyra respondenter innan formuläret publicerades för att testa validiteten genom face validity. Face

validity innebär att testpersoner granskar frågorna och hur de är ställda och när det bedöms att frågorna fångar det som avses påverkas svarsbenägenheten positivt (Wenemark, 2017; Ejlertsson, 2014). Pilotundersökningen resulterade inte i någon ändring av frågeformuläret.

Datainsamling

Datainsamlingen pågick under 12 veckor. Det uppdaterades veckovis för att göra formuläret kontinuerligt synligt och lätt tillgängligt i grupperna. Insamlingen av data pågick fortlöpande. Ingen intresseanmälan skulle göras utan deltagare som önskade delta skickade in sin besvarade enkät digitalt. Utvärdering av antalet respondenter gjordes därefter och bedömdes i samråd med handledare vara tillräckligt. Inför studiens genomförande ställdes förfrågan om att genomföra studien till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) enligt universitetets föreskrifter. VEN hade inga etiska invändningar mot att studien genomfördes. Med hänsyn till autonomiprincipen var deltagandet frivilligt och ett ifyllt formulär innebar samtycke att medverka, motsvarande informerat samtycke. Respondenten kunde själv avbryta eller avsluta sitt deltagande genom att inte skicka in ifyllt frågeformulär. Inskickat frågeformulär var inte att vara möjligt att återkalla eftersom det besvarades anonymt och respondenter kunde ej identifieras. Genom valet av frågeformulär kunde respondenternas anonymitet beaktas. Respondenterna informerades om studiens konfidentialitet. Denna information om frivilligt deltagande fanns med i den inledande texten av enkäten. Insamlade data sparades på ett USB-minne och förvarades inlåst under den tid som studien pågick samt fram till examination. Därefter kommer det materialet förstöras. Då studien byggde på frivillig medverkan lämnades inga ersättningar till respondenterna. Varken fördelar eller nackdelar har gynnat eller missgynnat någon av respondenterna med hänsyn till rättvisepincipen.

Forskningsetiska avvägningar

I barnmorskans etiska kod ingår att använda evidensbaserad professionell kunskap för säker handläggning (Svenska Barnmorskeförbundet, 2014). Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2022) fastställer att respekt för människan alltid ska väga tyngst i all medicinsk forskning. Deklarationen utgår från de fyra etiska principerna om autonomi, rättvisa, att göra gott och att inte skada. I föreliggande studie beaktades autonomiprincipen

genom ett frivilligt deltagande som innehåller ett samtycke om att delta. Innan samtycke medgavs fanns skriftlig information för deltagarna att läsa i enlighet med kravet på information. Insamlade data sparades på USB-minne som förvarades inlåst under den tid som studien pågick. Insamlade data kommer endast att användas till att besvara syftet med studien. Varken fördelar eller nackdelar har kunnat gynna eller missgynna någon av respondenterna med hänsyn till rättvisepincipen. Deltagarnas anonymitet har beaktats fullt ut genom studien då ifylld enkät ej är möjlig att spåra. Etikprövningslagen (2003:460) reglerar att avvägning mellan samhällsnytta och individens personliga integritet säkerställs.

Analys av data

Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundmans (2004) analysmetod. Materialet genomlästes flera gånger enskilt för att få en uppfattning om helheten. Därefter samlades alla svar på fråga 1 (*"På vilket sätt har klimakteriet påverkat din sexualitet?"*) i ett dokument och alla svar på fråga 2 (*"Vilka faktorer har som mest underlättat eller motverkat din sexuella hälsa under klimakteriet?"*) i ett annat dokument. De avslutande korta svaren (*ålder, utbildning, födelseland, antal år sedan menopaus och eventuell hormonbehandling*) samlades på samma sätt i ett tredje dokument. Materialet lästes igenom på nytt tillsammans. Efter genomläsning identifierades meningsbärande enheter som kondenserades och färgmarkerades utifrån deras innehåll/område. Enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär kondenseringen av text att texten kortas ner utan avkall på innehållet, kärnan bibehålls. Därefter skapades koder från de meningsbärande enheterna inom varje område. Koder är sammanfattande beteckningar som beskriver textens innehåll. De skapas med hänsyn till sitt sammanhang och studiens syfte och är redskap som hjälper till att abstrahera innehållet och reflektera över texten på nytt (Hällgren Graneheim & Lundman, 2017). Under kodningen lästes svaret på fråga 1, 2 och de korta frågorna tillsammans för ett kontextuellt sammanhang. Därefter lästes koderna igenom flera gånger. Under genomläsningen av koderna identifierades åtta subkategorier. När subkategorier bildades ställdes frågan "vad" relaterar innehållet i koden till? En kategori utgörs av flera koder med liknande innehåll (Hällgren Graneheim & Lundman, 2017). Subkategorierna berörde tre olika områden och dessa bildade därför huvudkategorierna.

En manifest analysnivå bedömdes vara det som presenterade resultatet bäst. Koderna och kategorierna diskuterades genomgående under analysprocessen för att försäkra att innehållets nyanser återspeglades korrekt och att inga delar av innehållet förlorades.

Tabell 1 Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Färgmarkerad och kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Huvudkategori
Innan hormonbehandling blev alla slemhinnor väldigt torra. Intensiteten i mina orgasmer försvann vilket gjorde att jag tappade en del av lusten	Hormonbehandling mot torra slemhinnor Intensiteten i mina orgasmer försvann vilket gjorde att jag tappade en del av lusten	Hormonbehandling Förändrade orgasmer påverkar lust	Att få behandling när kroppen förändras Orgasmens betydelse för lust	Kroppen förändras Lust och sex

Resultat

I studien ingår 80 respondenter som besvarat ett frågeformulär som publicerats på fem olika intressegrupper på Facebook. Respondenterna var i ålder 43 – 70år och har svarat på svenska. Fem av respondenterna är födda i ett annat land än Sverige. En av respondenterna hade grundskola som högsta utbildning, 21 av dem hade gymnasium som högsta utbildningsnivå och 58 respondenter hade studerat på högskola eller universitet. 41 kvinnor uppgav att de använde någon form av hormonbehandling för sina besvär. För att delta i studien skulle kvinnorna ha nått menopaus. På frågan om antal år efter menopaus svarade 13 att det gått 1 år, 11 svarade 2 år, 10 svarade 3 år, 2 svarade 4år, 29 svarade 5-10år, 12 svarade >10år och 3 gav inget svar på den frågan men beskrev sin menopaus i de öppna frågorna.

Tabell 2. Bakgrundsdata

Ålder	Antal	Födelse-land	Antal	Utbildning	Antal	Hormon-behandling	Antal	År sedan menopaus	Antal
43-46 år	3	Sverige	75	Grundskola	1	Ja	41	1 år	13
47-50 år	14	Annat	5	Gymnasium	21	Nej	39	2 år	11
51-54 år	16			Högskola	58			3 år	10
55-58 år	28							4 år	2
59-62 år	9							5-10 år	29
63-66 år	6							>10 år	12
67-70 år	4							Inget svar	3

Totalt besvarade 90 kvinnor frågeformuläret. Fyra respondenters svar sorterades bort pga att de ej besvarat de öppna frågorna, ett svar sorterades bort då det var en dublett, ett svar sorterades bort pga att svaren inte besvarade frågorna och det fanns språkliga missförstånd gällande innehållet. Ett svar sorterades bort efter bedömning att det inte kunde vara svar som var relevant för klimakteriet. Av de som inte besvarade med antal år sedan menopaus uteslöts två svar eftersom de inte beskrev något om menopaus och inte besvarade den frågan. De övriga tre utan svar på detta beskrev tydligt i sina svar på de öppna frågorna om hur det påverkat dem att inte längre menstruera och inkluderades därför. Slutligen sorterades ett svar bort som endast var ett test för att kontrollera funktion i samband med publicering. Efter sortering kvarstod 80 svar som ingick i innehållsanalysen.

Resultatet visade att den sexuella hälsan hos kvinnor påverkas av att klimakteriet är en stor livsommelvävande del i livet och sexualiteten är beroende av flera beståndsdelar. Resultatet kunde delas in i åtta subkategorier under tre huvudkategorier (figur 1). Subkategorierna formulerade hur relationer, sex, förändringar, självkänsla och oro påverkade upplevelsen av sexuell hälsa. Det framkom också att ibland påverkades inte den sexuella hälsan alls av klimakteriet och ibland hade upplevelsen förbättrats (figur 1).



Figur 1. Huvudkategorier och subkategorier

Lust och sex

Resultatet visade på lustens betydelse för den sexuella hälsan. Det var inte ovanligt att lusten avtog och orsakerna till det varierade. Lusten kunde minska när orgasmerna förändrades. Att lusten ökade beskrevs också även om det inte framkom i samma utsträckning. Betydelsefulla relationer var en värdefull hjälp.

Lusten förändras

Klimakteriet kunde bidra till att lusten minskade kraftigt, det framkom även att den försvunnit helt. Detta beskrevs som en sorg, en känsla av förlust över att inte känna samma sexlust som tidigare. Orsaker till att lusten försvann beskrevs både som fysiska och psykiska. När sex förknippades med smärta orsakat av torra sköra slemhinnor försvann lusten. Även svettningar, viktuppgång och normala åldersrelaterade orsaker framkom som orsaker till att lusten försvann. Att känna sig attraktiv och att få ett visat intresse från sin partner framkom som

faktorer som var av betydelse för att känna lust och glädje i samband med sex. Det kunde också finnas en lust men startsträckan var längre eller att viljan fanns men att kroppen inte fungerade som förut. Avsaknaden av lust kunde också innebära ett konstaterande, en likgiltighet, inte mer än så. Det framkom också att lusten kunde bli starkare när mer tid för samliv fanns. En känsla av att vara i en friare tid i livet med andra prioriteringar kunde skapa nya förutsättningar och tid för varandra. Uppbrott och nya relationer kunde också vara orsaker till att ny lust väcktes.

”Lusten har försvunnit helt vilket jag sörjer då vi haft ett bra sexliv i många år och de få gånger vi ändå får till det är det något som saknas. Som om det saknas en koppling mellan hjärnan och underlivet som funnits tidigare.” (Svar 27)

”Min lust är mycket större än vad den någonsin har varit. Jag tror att det även har att göra med att jag är i en ålder där jag inte skäms för min kropp längre utan bara tar för mig.” (Svar 54)

Relationers betydelse

En trygg relation beskrevs som en stor del av hur den sexuella hälsan upplevdes i klimakteriet. Att kunna känna förståelse och att kunna prata med varandra var av stor betydelse. En partner som var lyhörd och inkännande var till hjälp när sexualiteten och lusten förändrades. Med förändringarna blev andra behov större, att hitta andra vägar och sätt att ha sex och intimitet. När det gick lätt att tala med sin partner och hitta gemensamma nya sätt för sex blev besvären mindre påtagliga. Att ha väninnor och andra kvinnor att samtala med var en resurs, då de kunde ge råd och samtal om erfarenheter tillsammans. En annan fråga som berörde relationers betydelse var familjens sammansättning och om det fanns hemmaboende tonåringar. Det beskrevs att det kunde bidra till stress och motverka möjlighet till sex och samliv.

”Min man som har mött mig i mina tankar och misströst att inte vilja ha sex. Han har lyssnat på mig, köpt glidmedel, kämpat med min lust – alltid uppmuntrat mig. Inget tjat utan bara visat tålmod. Inte gett upp på mig. Min tillit till honom har därmed ökat och jag har blivit mer avslappnad när vi har sex.” (Svar 23)

Orgasmens betydelse för att känna lust

Förändringar som kom med klimakteriet gjorde också att orgasmerna förändrades och påverkade förmågan att känna lust. Det beskrevs att orgasmerna var inte lika intensiva som tidigare. Det tog längre tid och det var svårare att nå orgasm. För att nå orgasm behövde det vara lugnt, försiktigt och stressfritt. Att inte uppnå orgasm bidrog till minskad lust och mindre sex och flera beskrev hur hjälpmedel såsom glidmedel och vibrator användes för att väcka lusten. En annan sak som beskrevs var egensex, eftersom de då själva styrde och fokuserade på det de gillade. Det framkom också att de kvinnor som sökt hjälp för detta eller andra klimakteriebesvär och påbörjat hormonell behandling upplevde en förbättring och beskrev det som att få livet tillbaka och samtidigt att lusten återkom.

”Jag försöker hålla igång min egna sexualitet genom onani och vibrator, men svårt med gemensam sexualitet speciellt efter 20 år ihop och ett förhållande som inte pikar just plus hemmaboende tonåring...” (Svar 10)

”Har fått mindre sexlust. Blir mer sällan upphetsad. Får mer sällan orgasm och det tar längre tid att uppnå klimax. Orgasmerna känns inte lika intensiva som innan.” (Svar 12)

Kroppen förändras

Resultatet visade att de kroppsliga förändringarna under klimakteriet påverkade kvinnornas upplevelse av sexuell hälsa. Erfarenheterna som beskrevs var främst negativa men även positiva upplevelser fanns. Olika erfarenheter av symtomlindrande behandling beskrevs också liksom svårigheter att hitta önskad vård och behandling.

Nya kroppsliga manifestationer, både hindrande och stärkande

Resultatet uppvisade flera positiva erfarenheter av att ha nått menopaus såsom att slippa smärta i samband med menstruation och att slippa tänka på blödningar. Att inte behöva oroa sig för graviditet var också något som hade också en positiv inverkan på den sexuella hälsan. Ibland framkom det att lusten hade haft ett samband med tid för ägglossning tidigare och då beskrevs en minskad lust nu efter menopaus vilket inverkade negativt. Andra fysiska förändringar som motverkade en tillfredsställande sexuell hälsa var torra slemhinnor,

vallningar, svettningar och vaginal smärta. Torra slemhinnor försvårade sexuell kontakt, påverkade känsla och lust till sex, upplevdes smärtsamt och ökade infektioner i underlivet. Värmevallningar och svettningar gjorde det svårt med kroppskontakt och det kunde ge upphov till att känna sig äcklig och mindre attraktiv. Sammantaget gjorde kroppens förändringar att lusten minskade och gav en känsla av obehag och många sökte råd och lindring.

”Vad gäller den sexuella biten så har den avtagit. Inte för att man inte är sugen på sin gubbe utan mer att man inte orkar och är rädd att det ska göra ont. Gubben har ju också sina besvär så inte lätt att få till ett bra sex. Tur att kärleken är så mycket mer än sex.” (Svar 89)

”Tappade sexlusten helt. Rädsla för fler besvärliga uvi som jag fick tidigt. Smärta vid penetrering. Inkontinens som ger osäkerhet under akten. Kraftiga vallningar och svettningar dygnet runt under ca 13 år som gav olust och obehag.” (Svar 46)

Att få behandling när kroppen förändras

Resultatet visade att det förekom olika symtomlindrande behandlingsformer. Det framkom också att inte alla kvinnor hittade eller fick den hjälp de sökte. Att lindra torra slemhinnor med glidmedel, babyolja eller olivolja nämndes ofta som en åtgärd. Det var inte heller ovanligt att använda hormonpreparat och många beskrev en bra effekt av detta. De fysiska symtomen som kvinnorna hade sökt behandling för berodde på östrogenbrist och de var nöjda med lokal östrogenbehandling. En annan behandling som lades fram var naturläkemedel och receptfria preparat. Det framkom att effekten av dessa var individuell, en del var mycket nöjda medan andra inte alls känt någon effekt. Att inte få den hjälp som önskades och efterfrågades var också en del av resultatet. Det var svårt att få hjälp på sin vårdcentral, flera hade sökt gynekolog privat för att få läkemedel utskrivet. Det beskrevs att de inte fick hjälp och de upplevde att deras besvär inte togs på allvar.

”Använder Ovesterin som hjälper mot torrheten. Inget annat har hjälpt mig. Provade även naturläkemedel och olika rekommenderade receptfria medel utan nytta.” (Svar 46)

”Oestring har hjälpt jättemycket för mina slemhinnor och för vaginoser och urinvägsproblem. Jag började med Tostrex (testosteron förf. anm.) och det var fantastiskt bra.

Fick tillbaka lusten och starka orgasmer. Ett plus var också att jag fick bättre energi på gymmet.” (Svar 51)

Mentala faktorer

En annan påverkansfaktor för sexuell hälsa berör av de mentala omständigheterna under klimakteriet. Att inte känna igen sig själv, att inte hinna med sig själv och att känna sig trött och utmattad var återkommande faktorer. Oavsett om besvären påverkade i stort eller i smått så var känslor en stor del av de förändringar som påverkade den sexuella hälsan.

Förändrad självkänsla

Det framkom att humörsvängningar, förändringar och en mer generell åldrande känsla bidrog till sämre mående och sänkt självförtroende. Det var inte alltid tydligt för kvinnorna vad som berodde på klimakteriet och vad som orsakades av det naturliga åldrandet. En känsla av att inte känna igen sig själv påverkade negativt framför allt i samband med menopaus. Nedstämdhet och levnadsvanor påverkade självkänslan och synen på sin roll såväl socialt, yrkesmässigt som inom familjen.

”Stressen motverkar, har tyvärr varit arbetslös sen 2020 och vid 59 års ålder känner man sig inte så eftertraktad.” (Svar 37)

Resultatet visade också att omställningen kunde vara positiv och att klimakteriet kunde förändra förhållandet till sexualiteten, att kraven släppte, som en känsla av frihet. Åldrande var också något positivt som innebar en trivsel i sin kropp, en större säkerhet och ökad självkänsla.

”--- släppt alla tankar på att jag duger. Klart att jag duger.” (Svar 82)

Oro över att inte räkna till och hinna med

En oro över kroppsliga förändringar, en social oro och stressig livssituation framkom i resultatet. Stress påverkade humöret och gav utmattning och ångest eller nedstämdhet. Tid för återhämtning var inte lätt att prioritera. Kvinnorna kände ansvar på jobb, för hem och familj

samt äldre föräldrar. När tid inte fanns påverkades relationen och tiden för varandra negativt vilket gav en sämre sexuell hälsa. Det framkom att viktuppgång bidrog till stress. Andra kroppsliga förändringar som ledvärk och nedsatt ork uppfattades negativt och gav oro. Att ta sig tid för att prioritera sig själv uppfattades som svårt. Stress bidrog till missmod över sin situation, en sämre upplevd livskvalitet och en försämrad förmåga att hantera sin hälsa och prioritera motion, sömn och andra behov.

”Att jag är utsatt för stress. Att min man är utsatt för stress. Vi har för lite tid för och gemenskap med varandra. Jag har fått lägre tolerans för bristande uppmärksamhet och intresse från min man, kring det som rör mig... Vuxna tonåringar kvar i hemmet...” (Svar 74)

Sömnstörningar och trötthet skapar en ond spiral

I resultatet framkom att trötthet var något som motverkade sexuell hälsa. Tröttheten berodde på sömnstörningar, känslomässiga och kroppsliga förändringar relaterat till klimakteriet. Sömnmönstret förändrades. Både att inte kunna somna och att vakna flera gånger per natt gjorde att kvinnorna upplevde utmattning. Att inte känna sig utvilad bidrog till ökad stresskänslighet. En ond spiral beskrevs där tröttheten gav nedstämdhet, ibland ångest och ökad stress som försämrade sömnkvaliteten och gav mindre ork och lust för sex. Oro över hälsa, familj och arbetsliv bidrog till sömnlöshet. Svettningar på natten störde också sömnen, påverkade också humöret, lusten och den sexuella hälsan. Sömnbrist gav flera symtom som att känna brist på driv, energilöshet, lättretlighet och minskat självförtroende. Tröttheten nämndes i flera sammanhang och kunde härledas till fysisk trötthet såväl som mental och psykisk trötthet.

” Mitt allmänna mående, har motverkat min sexuella hälsa under klimakteriet. När man är trött, tappar sitt normala ’jag’, inte känner igen sig själv, så påverkar det även ens sexuella hälsa.” (Svar 2)

” Ingen sexlust alls. Oftast ingen känsel heller. Är ett lotteri om det är känsel eller inte för hänger inte alltid ihop med om suget finns eller ej. Tröttheten och fetmagen gör det ju inte direkt bättre heller.” (Svar 79)

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ design valdes för att undersöka och förstå hur kvinnor upplever sin sexuella hälsa under klimakteriet. En kvantitativ design hade varit möjlig om intresset hade varit att finna kunskap som kvantifierar och tydliggör generella strukturer. Exempelvis kunde mönster och förklaringar sökas utifrån statistiska samband. Eftersom syftet var att undersöka kvinnors upplevelser bedömdes en kvalitativ design vara relevant. Det finns olika sätt att genomföra en datainsamling med kvalitativa data, till exempel genom intervjuer eller frågeformulär (Wenemark, 2017). Intervjuer hade varit ett alternativ som hade kunnat ge en djupare förståelse för fenomenet genom möjligheten att ställa följdfrågor.

Om svaren i en enkät inte beskrivits utförligt finns ingen möjlighet att ställa följdfrågor vilket hade kunnat göras om en semistrukturerad intervjuguide hade valts som metod. Däremot behöver respondenterna inte ta ställning till om de har tid eller möjlighet utan kan relativt snabbt och spontant besvara enkäten om de vill.

Metoden valdes dels för möjligheten att genomföra datainsamling inom given tidsram, dels för att få möjlighet att nå ut till kvinnor i hela landet. Huruvida detta uppnåtts är däremot inte möjligt att utvärdera. Avsikten var att undersöka sexuell hälsa under klimakteriet hos kvinnor i Sverige och därför bedömdes det vara en väg att gå. Kvinnorna kunde själva styra helt när och hur de besvarade frågeformuläret, om de valde att delta och de kunde också fritt beskriva frågor som kan beröra både känslomässiga och existentiella såväl som privata upplevelser då ämnet sexuell hälsa kan uppfattas som privat. Att formulera frågor på rätt sätt i ett frågeformulär kan vara utmanande. Möjligheten att prova på att konstruera en enkät var tilltalande.

Trovärdighet

Trovärdigheten påverkas av att förförståelsen är beskriven och tydliggjord. I största möjliga mån ska förförståelsen inte påverka uppfattningen av texten under analysen. Eftersom förförståelsen inte var uttalad inom detta område bör inte resultatet ha påverkats vilket ökar trovärdigheten. Ett ändamålsenligt urval är en förutsättning för att öka trovärdigheten i en kvalitativ studie (Hällgren Graneheim & Lundman, 2017). Inklusionskriterier valdes för att

hitta rätt respondenter. Insamlingen med frågeformulär via sociala media valdes för att inom en relativt kort tidsram nå ut till en stor grupp som kunde tänkas vara intresserade av att besvara frågorna. En större urvalsgrupp kunde ge potentiellt mer bredd vilket överensstämmer med syftet att undersöka sexuell hälsa hos kvinnor i klimakteriet nationellt.

Intressegrupperna som tillfrågades om tillstånd för att publicera enkät var de med flest medlemmar. Genom detta kunde dels anonymiteten beaktas men det antogs också vara en fördel för att finna motiverade deltagare. Vidare sågs att grupperna hade flera aktiva trådar och spridning i vilka ämnen som togs upp och debatterades. Den största åldersgruppen som representeras i resultatet är mellan 47-58 år vilket bedöms korrekt för syftet. En viss spridning finns både neråt och uppåt i ålder. Möjligen kan inkluderingen av de äldsta åldersgrupperna ifrågasättas. Eftersom ålder inte var ett specifikt exklusionskriterium har deras svar tagits med och deras svar kunde bedömas svara på syftet. Majoriteten av deltagarna hade högskoleutbildning vilket kan säga något om gruppen i förhållande till socioekonomiska faktorer. Det finns ett samband mellan utbildningsnivå, socioekonomiska förhållanden och vårdkontakter i gynekologisk öppenvård. Vilken vård de söker och vilken behandling de väljer påverkas också av dessa skillnader (Socialstyrelsen, 2020a). Hälften av kvinnorna i föreliggande studie uppgav att de använde hormonbehandling mot klimakteriebesvär. Huruvida detta resultat är representativt kan därför diskuteras.

Respondenternas intresse för ämnet är en faktor för att nå högre svarsfrekvens (Wenemark, 2023). Hällgren Graneheim och Lundman (2017) framhåller betydelsen av att finna deltagare med erfarenhet och som är villiga att berätta som en förutsättning för ett bra resultat. Även Wenemark (2023) lyfter fram svarsbenägenheten som en viktig del i undersökande studier för att öka trovärdigheten. En pilotundersökning genomfördes för att testa frågeformuläret innan publicering. Ett sätt att påverka viljan att besvara frågorna är att testa om de är rätt ställda och fångar det som de syftar till att undersöka genom face validity (Wenemark, 2017). En hög face validity ökar trovärdigheten. Pilotundersökningen medförde inga förändringar i frågeformulärets utformning. En svaghet i pilotundersökningen var att endast fyra personer tillfrågades om deltagande. En välplanerad formulering och utformning är en grundförutsättning för ett uttömmande resultat (Wenemark, 2023). Möjligen hade djupare data insamlats om frågeformuläret utformats annorlunda. Respondenterna ombads att beskriva utförligt. Svaren sträckte sig ändå sällan över fem meningar. Antalet inkomna svar som kunde inkluderas i resultatet har skapat en relevant insamling och kan sägas täcka variationer i upplevelser som är betydelsefulla (Hällgren Graneheim & Lundman, 2017). Trots att flera

svar var kortfattade så var de till innehållet rika och innehöll beskrivningar som kan upplevas som känsliga. Genom metoden kunde deltagarnas anonymitet garanteras fullt ut. Metoden var användbar utifrån begreppet trovärdighet då kvinnornas svar var skarpa och klart avgränsade. Trovärdigheten stärks när deltagarnas röst hörs i resultatet, och därför används citat genomgående i resultatet (Hällgren, Graneheim & Lundman, 2017).

Tillförlitlighet

Resultatet diskuterades genomgående under processen för att finna variationer i den insamlade texten. Tillförlitligheten ökar när processen följer ett väl beskrivet mönster (Hällgren Graneheim & Lundman, 2017), vilket har varit ambitionen under arbetets gång. I varje steg av analysen reflekterades över olika tolkningsmöjligheter. När meningsenheterna kodades togs hänsyn till sammanhanget och studiens syfte. Subkategorierna diskuterades noggrant utifrån begreppet ”vad?” (Hällgren Graneheim & Lundman, 2017) och koderna sorterades därefter under åtta subkategorier. Tillförlitligheten är relaterad till utförandets noggrannhet, logiska genomförande och hur väl beskriven processen är. För att öka resultatets tillförlitlighet har processen beskrivits både i text och med figur. Wenemark (2023) belyser aspekter av att undersöka känsliga ämnen. Det är individuellt vilka ämnen som kan uppfattas som känsliga. Risken att respondenten anpassar svaret så kallad social önskvärdhet (social desirability bias) är en större risk i besöksintervjuer. Enkätmetod valdes i föreliggande studie för möjligheten att fånga kvinnornas svar på ett potentiellt känsligt ämne utan eventuell anpassning.

Överförbarhet

För att bedöma överförbarheten krävs att kontexten är tydligt återgiven och att alla delar av studiens process är tydligt beskrivna (Hällgren Graneheim & Lundman, 2017). Överförbarheten kan därför också sägas vara beroende av trovärdighet och tillförlitlighet. Det är också värdefullt att innehållet i resultatet är rikligt och utförligt samt besvarar studiens syfte. Data som är till innehållet mer rikt och utförligt är en förutsättning för att genomföra en kvalitativ innehållsanalys medan mängd, antal, volym, systematiska och numeriska data inte var syftet att undersöka i föreliggande studie. Med en kvalitativ design är innebörden och förståelsen av ämnet det som studeras. I studerandet av kvinnornas upplevda sexuella hälsa var avsikten inte att studera orsakssamband utan i stället att förstå upplevelser. Ett exempel i föreliggande studie skulle kunna vara hur kroppsliga förändringar påverkar lust och hur

sömnstörningar kan skapa oro och en trygg relation i viss mån kan kompensera för detta. I någon utsträckning skulle resultatet kunna överföras till andra grupper, om resultatet är överförbart för kvinnor i klimakteriet i en annan kontext är för läsaren att bedöma (Hällgren Graneheim & Lundman, 2017). Hänsyn får tas till att kontextuella faktorer, som till exempel hur klimakteriebesvär kan hindra arbetslivet, såväl som individuella faktorer, vilket kan vara att torra slemhinnor minskar lusten för sex. Att flera faktorer påverkar hur den sexuella hälsan upplevs belyses i denna studies resultat då kvinnorna ombetts beskriva sina egna upplevelser.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att lusten har en central del i den upplevda sexuella hälsan och att en trygg relation var en stärkande faktor. Klimakteriet upplevs väldigt olika men de flesta hade någon form av besvär som de sökt hjälp för. Det stämmer väl överens med vad som framkom i Socialstyrelsens (2021) kartläggning. Barnmorskor arbetar med sexuell hälsa och rådgivning och har kompetens att stärka och vägleda kvinnor i klimakteriet. Sexualiteten berör det känslomässiga, det kroppsliga, det existentiella, det viljestyrda och de sociala delarna av livet. När kvinnornas upplevelser och barnmorskans erfarenhet möts kan kvinnor bli starka och känna självuppskattning. I resultatet framkommer inte någon erfarenhet eller beskrivning av barnmorskor som en hjälp vid klimakteriebesvär. Frånvaron av detta i resultatet är ändå intressant att diskutera eftersom barnmorskor kan göra mycket för att stärka kvinnohälsa och besvara många av de frågor som ligger bakom kvinnornas upplevelser.

Kvinnor i klimakteriet upplever att lusten förändras. Det framkommer också att det är viktigt att få behandling när kroppen förändras och att det finns någon som lyssnar och stöttar när flera förändringar i klimakteriet blir verklighet.

Varför minskar lust och hur kan den förbättras?

Lusten beskrevs som en förutsättning för sex. Att lusten försvann eller minskade hade många orsaker. Flera kroppsliga förändringar påverkade lusten. Lusten påverkades också av stress och trötthet. Det här resultatet överensstämmer med tidigare forskning. En kohortstudie från USA visar att sexuell hälsa under klimakteriet är ett komplext ämne (Smith et al., 2017).

Studiens syfte var att undersöka riskfaktorer för sexuell dysfunktion hos kvinnor i klimakteriet och dess påverkan för sexualiteten. Kvinnor med friskfaktorer som högre fysisk aktivitet och aktivt arbetsliv skattade sin sexuella njutning, passion och tillfredsställelse högre. Det framkom också att vaginal torrhet och humörförändringar var faktorer som signifikant försämrade sexuell funktion (Smith et al., 2017). I föreliggande studies resultat fanns ett samband mellan försämrade sexuell funktion, såsom torra slemhinnor, och minskad lust. Också mentala faktorer som humörpåverkan och 'att inte känna igen sig själv' minskade lusten. Sambandet mellan kroppsligt välmående, uppskattning, ett aktivt liv med kollegor och en vardag som upplevs meningsfull kan därför antas vara faktorer som bidrar till en bättre livskvalitet och mindre risk för att lusten förändras. Kontinuiteten som barnmorskan har möjlighet till i mottagningsverksamhet är en god förutsättning för att skapa de relationer som underlättar att ett sådant samband ses. I enlighet med partnerskapsteorin (Mander, 2011) är barnmorskans speciella inriktning värdefull för att främja hälsa ur ett holistiskt synsätt.

I en australiensisk observationsstudie följdes 438 kvinnor under 8 år under klimakteriet (Dennerstein et al., 2001). Slutsatsen var att sexuell lust påverkades negativt av både åldrandet och klimakteriet. I den studien framkom att lust, sexuell upphetsning och orgasm minskade under klimakteriet. Att åldras upplevs individuellt, en del förändringar handlar mer om åldrande än om klimakteriet (Dennerstein et al., 2001). På samma sätt framkommer det i föreliggande studie att det inte alltid var självklart vad som hörde till klimakteriet och vad som berodde på att kroppen åldrades. En generell känsla av att åldras och en ökad hälsooro när kroppen förändrades påverkade också den sexuella lusten negativt. Nedsatt ork, värk, sömnbesvär, längre startsträcka och sköra slemhinnor bidrog till samlagssmärta och förändrade inställning till hur de ville njuta av sex. Det beskrevs att det var svårt att hitta information om vad som hände i kroppen och vad som kunde förklaras med klimakteriet. Det kan tänkas att detta bidrar till osäkerhet om var vård kan sökas. Att det finns ett samband mellan oro för hälsa och sexuell lust ses också i en tvärsnittstudie som genomförts i Iran ($n = 200$) som undersökte detta. Sexualiteten påverkades av inställningen till klimakteriet och förhållandet till den egna hälsan (Malaijerdi et al., 2023). Det fanns även ett signifikant samband mellan sexuell smärta och minskad lust vilket även beskrivs i föreliggande studie. Sköra slemhinnor orsakade smärta vid samlag och minskade lusten för att ha sex. Lusten är beroende av en rad olika faktorer under klimakteriet. De kan vara biomedicinska, hälsoberoende och psykosociala. Att ha lite tid för varandra men också för sig själv framkom

också som något som påverkade lusten. På samma vis framkom att när tid för samvaro fanns påverkades lusten positivt.

Relationer som stärkande och värdefulla hälsofaktorer

Den sexuella hälsan kunde också beskrivas i relation till en partner. Både att ha en partner, att inte ha en fast partner eller att inte ha någon partner påverkade på olika sätt upplevelsena. Även andra relationer till väninnor och familj påverkade. Att leva i en bra relation med en trygg partner är en hälsofaktor, detta sågs också i rapporten från Socialstyrelsen (2021). I en amerikansk studie tillfrågades 1356 manliga partners om deras kunskaper om klimakteriet (Parish et al., 2019). Männen var medvetna om deras partners symtom i klimakteriet och att dessa drabbade relationen negativt. De förstod att deras stöd var hjälpsamt och att deras hjälp hade en positiv inverkan för relationen. På motsvarande sätt beskriver kvinnorna i föreliggande studie hur värdefullt det är med en partner att samtala med och få förståelse ifrån. Klimakteriet kan innebära flera sociala förändringar när barnen blir vuxna och relationer omskapas i familjen (Socialstyrelsen, 2020a).

I resultatet av denna studie beskrevs att sexuell hälsa underlättades av att tillsammans utforska nya sätt för sex och intimitet stärkte relationen och tog fokus från besvären. Det uttrycktes till exempel med orden *tur att kärlek är så mycket mer än sex*. Intresse och uppmärksamhet för varandra var också stärkande, inte minst när levnadsvanor och familjesituation omskapades vilket överensstämmer med Socialstyrelsens kartläggning (2021). Ett behov av bekräftelse och kärlek är mänskligt på samma vis som de sexuella behov som människan bär. Betydelsen för äktenskapet (relationen) av partners kunskap om klimakteriet belyses även i en iransk studie (Yoshany et al., 2017). Förhållandet blev lättare, en högre tillfredsställelse upplevdes kring frågor som konflikthantering, barn, familj och släkt när mannen hade fått klimakterieutbildning. Däremot är resultaten i den studien inte helt överfarbara. Kulturella skillnader och kontextuella samband bedöms vara för olika. Socialstyrelsen (2021) lyfter klimakteriemottagningarnas verksamhet i Sverige. För kvinnor som lever med en partner finns parsamtal att erbjuda. För att förändra sexlivet vid klimakteriebesvär behövs kunskap och stöd till båda. Barnmorskor har en viktig uppgift i att informera och stödja kvinnor som söker stöd och hjälp vid klimakteriebesvär. Genom den kvinnocentrerade partnerskapsteorin (Mander, 2011) kan barnmorskan kontinuerligt följa kvinnan och tillgodose den enskilda kvinnans behov av stöd. Att partner inkluderas i de fall kvinnan önskar det är betydelsefullt.

Den omvårdnad som barnmorskan erbjuder ska böttna i de behov och önskemål som kvinnan uttrycker för att skapa rätt hälsovinst för den enskilda kvinnan. På så vis kan relationen mellan barnmorskan och kvinnan också vara värdefull för kvinnan och hennes familj.

Vård och omsorg på lika villkor – ett jämställdhetsmål

Många i föreliggande studie beskrev att de hade sökt vård för sina besvär. Såväl belåtenhet med behandling som missnöje för utebliven behandling beskrevs. Att inte hitta rätt ställe att vända sig till förkom också. I en ny svensk intervjustudie beskrivs samma mönster (Lycke & Brorsson, 2023). Förbättrade riktlinjer och utbildning för vårdpersonal som möter kvinnor i klimakteriet efterfrågas såväl i deras studie som i Socialstyrelsens kartläggning (2021). I kartläggningen framkom dessutom att kvinnorna främst efterfrågade information och egenvårdsrådgivning. De kvinnor som besökt en barnmorskemottagning hade i högre grad fått detta (Socialstyrelsen, 2021). Resultatet i föreliggande studie visar på samma sätt att det upplevdes otydligt om var i sjukvården de kunde få hjälp och att kunskapen varierade hos personal som de mötte. Kvinnorna önskade mer kunskap för att vara bättre förberedda. Rådgivning och behandlingsmöjligheter bör alltså vara mer lättillgängliga. Detta överensstämmer också med Socialstyrelsens kartläggning av vård och behandling vid klimakteriebesvär (Socialstyrelsen, 2021). I föreliggande studie framkommer att den vård som efterfrågades främst handlade om att få behandling när kroppen förändrades. Hormonell behandling var det mest efterfrågade och använda. Det beskrevs också att vården inte tog besvären på allvar, såg det som ett icke-problem. Det skulle kunna härledas till den varierade kunskapen som framkommer i en nypublicerad svensk studie (Lycke & Brorsson, 2023). En orsak till att sexuella problem under klimakteriet är underbehandlade och underdiagnosticerade är att både vårdpersonal och patienter har bristande medvetenhet och kunskap (Scavello et al., 2019).

Utbildning och information behövs för att förbättra sexuell hälsa för kvinnor i klimakteriet. I föreliggande studie beskrivs inga erfarenheter av besök på klimakteriemottagning eller stöd vid klimakteriebesvär från barnmorskeprofessionen. Det som framkommer är att de sökt vård via primärvård och privat gynekologisk specialistvård. Det hade varit intressant att undersöka vilka orsaker som kan förklara att detta inte återfinns i resultatet. Barnmorskeprofessionen har en unik kunskap om kvinnors sexuella hälsa ur ett livstidsperspektiv och är en viktig del i hälsofrämjande och rådgivande vård till kvinnor som har besvär under klimakteriet. I enlighet

med partnerskapsteorin (Mander, 2011) är barnmorskan en resurs för kvinnor och arbetar förebyggande och förser kvinnorna med kunskap om hur kroppen förändras och hur egenvårdsresurser och förändrade levnadsvanor kan lindra deras besvär. Att stärka kvinnornas egna resurser och bidra till att de gör välinformerade vårdval är syftet med barnmorskans klimakterierådgivning (Socialstyrelsen, 2021). Att barnmorskan arbetar utifrån partnerskapsteorin (Mander, 2011) där kvinnocentrerad vård och att bygga upp en relation med kvinnan under tid för att kunna stärka och ge henne resurser att göra välinformerade vårdval är centralt. Barnmorskan kommer genom partnerskapet att värna om den normala process som klimakteriet är i kvinnans liv men även bli som en beskyddare för kvinnan. Kontinuitet krävs för att barnmorskan ska kunna arbeta med partnerskap med kvinnorna. En kontinuitet som klimakteriemottagningarna har en unik möjlighet till (Mander, 2011). Att öka den allmänna kunskapen om var kvinnor som genomgår klimakteriet kan hitta klimakteriemottagningar bör kunna öka kunskapen om den livsfas som kvinnor i klimakteriet genomgår. Att kvinnorna först får träffa en barnmorska med kunskap om det hon genomgår bör minska missnöjet med att inte få den hjälp som efterfrågas eller veta vart de ska vända sig.

Konklusion och implikationer

Resultatet indikerar att sexuell hälsa ska förstås ur en holistisk syn på människan och ses ur ett livscykelperspektiv. Lusten är en förutsättning för sex och att uppleva hälsa eller frånvaro av hälsa har betydelse för att känna lust. Kroppsliga förändringar kan upplevas både hindrande och stärkande för kvinnor i klimakteriet. Flera mentala faktorer påverkar upplevelsen och kan minska lusten. Betydelsefulla relationer är en hälsofaktor för att känna lust och välbefinnande. Kvinnornas upplevelser behöver i högre grad belysas för att skapa förståelse för vad som behövs. Det är en förutsättning för att nå jämställd hälsa.

Det framkommer att hormonbehandling är efterfrågat. Det framkommer också att det finns en variation i hur information tillhandahålls och hur MHT förskrivs.

När studien påbörjades sågs att aktivitet på sociala media är stor och det finns flera intressegrupper. Såväl primärvården som specialistvården behöver nå fram bättre till kvinnor.

Det framkommer inte i resultatet om kvinnor sökt sig till barnmorskor för sina klimakteriebesvär. Kvinnorna uttryckte att det var svårt att hitta rätt information och det framkom att det var av betydelse att vara förberedd. Därför kan resultatet även indikera att klimakterierådgivning hos barnmorska behöver synliggöras i större utsträckning. Däremot går det inte att säga att barnmorskans roll för kvinnor i klimakteriet är tydlig. Vidare forskning om hur kvinnor upplever stöd och klimakterierådgivning som ges av barnmorska kan därför vara värdefull.

Referenser

Berin, E., Hammar, M., Lindblom, H., Lindh-Åstrand, L., Rubér, M., & Spetz Holm, A. C. (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>

Berin, E. (2023). *Resistance Training and Physical Activity in Postmenopausal Women: Effects on Vasomotor Symptoms, Quality of Life and Microcirculation*. [Doktorsavhandling, Linköpings universitet].

Bixo, M. (2014). Icke-hormonell läkemedelsbehandling av vasomotorsymtom inklusive naturläkemedel och kosttillskott. I A-C. Spetz Holm, L. Jonasson & M. Hammar (Red.), *Klimakteriet en uppdatering* (s. 27–39). Studentlitteratur.

Barbagallo, F., Cucinella, L., Tiranini, L., Martini, E., Bosoni, D., Molinaro, P., Battista, F., Albani, F., Calogero, A., & Nappi, R. (2022). Relationship between personality traits and sexual function in symptomatic postmenopausal women. *Maturitas*(166)50–57. doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.08.010

Dennerstein, L., Lehert, P., & Burger, H. (2005). The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertility and sterility*, 84(1), 174–180. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.01.119>

Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken – en handbok i enkätmetodik* (3 uppl.), Studentlitteratur.

Ekström, H. (2005). *Keeping my ways of being. Middle-aged women in menopause*, [Doktorsavhandling, Lunds universitet].

Ekström, H., Esseveld, J., & Hovelius, B. (2004). Klimakteriet – medicin, myter och kultur. I B. Hovelius & E E Johansson (Red.), *Kropp och genus i medicinen* (s. 401–409). Studentlitteratur.

Elmström, E. (2021). *Klimakteriet handbok för vårdgivare*. Gothia kompetens.

Graneheim U. & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.

Gruskin, S., Yadav, V., Castellanos-Usigli, A., Khizanishvili, G., & Kismödi, E. (2019). Sexual health, sexual rights and sexual pleasure: meaningfully engaging the perfect triangle. *Sexual and reproductive health matters*, 27(1), 1593787.

Hvas, L. (2001). Positive aspects of menopause. A qualitative study. *Maturitas*, 39(11-17),

Hvas, L. (2006). Menopausal women's positive experience of growing older. *Maturitas*, 54(3), 245–251. doi:10.1016/j.maturitas.2005.11.006

Hällgren Graneheim, U. & Lundman, B. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen, & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3 uppl., s.219-234). Studentlitteratur.

Jämställdhetsmyndigheten. (2023). *Delmål 5: Jämställd hälsa*.

<https://jamstalldhetsmyndigheten.se/jamstalldhet-i-sverige/delmal-5-jamstalld-halsa/>

Kalra, B., Agarwal, S., & Magon, S. (2012). Holistic care of menopause: Understanding the framework. *Journal of Mid-life Health*. 3(2):66-9. doi: 10.4103/0976-7800.104453. PMID: 23372320; PMCID: PMC3555027

Kling, J., Kapoor, E., Mara, K., & Faubion, S. (2021). Associations of sleep and female sexual function: good sleep quality matters. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society* (28)6 (619 – 625).DOI: 10.1097/GME0000000000001744

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460).

Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Lindh-Åstrand, L., Hoffmann, M., Hammar, M., & Kjellgren KI. (2007). Women's conception of the menopausal transition – a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 509–517. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01547.x

Lindh-Åstrand, L., Hoffmann, M., Hammar, M., & Spetz Holm, AC. (2015). Hot flushes, hormone therapy and alternative treatments: 30 years of experience from Sweden. *Klimakterium*, 18(1), 53-62. Doi: 10.3109/13697137.2014.915516.

Lycke, A., & Brorsson, A. (2023). Swedish women's experiences of menopausal transition: A focus group study. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 35, 100807. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100807>

Malaijerdi R, Amini L, Haghani H, Sadeghi Avval Shahr H. Investigating the relationship between menopausal women's health anxiety and sexual performance and attitude towards menopause. *J Educ Health Promot*. 2023 Jun 30;12:199. doi: 10.4103/jehp.jehp_925_22. Erratum in: *J Educ Health Promot*. 2023 Aug 31;12:299. PMID: 37546008; PMCID: PMC10402768.

Mander,R.(2011). The partnership model. I R. Bryar, & M. Sinclair (Red.), *Theory for midwifery practice*. (2 uppl, s. 304-314). Palgrave Macmillian.

Parish, S. J., Faubion, S. S., Weinberg, M., Bernick, B., & Mirkin, S. (2019). The MATE survey: men's perceptions and attitudes towards menopause and their role in partners' menopausal transition. *Menopause (New York, N.Y.)*, 26(10), 1110–1116. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001373>

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

Regeringen. (2016). *Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid*. (Regeringens skrivelse 2016/17:10). https://www.regeringen.se/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/jamstalldhet/makt-mal-och-myndighet---feministisk-politik-for-ett-jamstallt-samhalle-skr.-2016_17-10.pdf

Regeringen. (2021). *Sveriges genomförande av Agenda 2030*. (Regeringens skrivelse 2021/22:247).
<https://www.regeringen.se/contentassets/9dfa88d8317f441189ba368ef4d506ae/sveriges-genomforande-av-agenda-2030-skr.-202122247.pdf>

Rindner, L. (2021). *Women´s health in the midlife – a person-centered approach in primary care -effects on mental, somatic, and urogenital symptoms and quality of life*. [Doktorsavhandling, Sahlgrenska Institutet].

Scavello, I., Maseroli, E., Di Stasi, V., & Vignozzi, L. (2019). Sexual Health in Menopause. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(9), 559.
<https://doi.org/10.3390/medicina55090559>

Specialistförening För Obstetrik och Gynekologi. (2021). *Hormonbehandling i klimakteriet*.
https://www.sfog.se/media/337272/mht_bakgrund-210121.p

Smith RL, Gallicchio L, Flaws JA. Factors Affecting Sexual Activity in Midlife Women: Results from the Midlife Health Study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2017 Feb;26(2):103-108. doi: 10.1089/jwh.2016.5881. Epub 2016 Sep 21. PMID: 27653205; PMCID: PMC5312621.

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. (2020b). *Klimakteriet och levnadsvanor – Tips för att må bättre under klimakteriet*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/levnadsvanor-och-klimakteriet-infobladd.pdf>

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

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

Svenska Barnmorskeförbundet. (2014). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/05/Den-internationella-etiska-koden-for-barnmorskor-ICM-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2019). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Thomas, H.N. & Thurston, R.C. (2016). A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*(87)49–60. [dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.02.009](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.02.009)

Wahlstedt, K., & Calais, E. (19 december 2018). 66. *Goda råd med barnmorskorna Kristina & Elisabet*. [ljudpodcast]. Klimakteriepodden. Molin, Å. Hosted on Acast.com.

Wenemark, M. (2017). *Enkätmetodik med respondenten i fokus*. Studentlitteratur.

Wenemark, M. (2023). *Enkätmetodik – att planera och genomföra en undersökning*. Liber.

World Health Organization. (2022). *Sexual health*. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

World Medical Association. (2022). *WMA:s Helsingforsdeklaration – Etiska principer för medicinsk forskning på människor*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yoshany, N., Morowatisharifabad, M. A., Mihanpour, H., Bahri, N., & Jadgal, K. M. (2017). The Effect of Husbands' Education Regarding Menopausal Health on Marital Satisfaction of

Their Wives. *Journal of menopausal medicine*, 23(1), 15–
24. <https://doi.org/10.6118/jmm.2017.23.1.15>
