



<b>Namn</b>	Natalie Gilert & Charlotte Dufva Pettersson
<b>Program</b>	Sjuksköterskeprogrammet
<b>Program hp</b>	180 hp
<b>Kurs</b>	Självständigt arbete i vårdvetenskap
<b>Kurs hp</b>	15 hp
<b>Termin</b>	VT 2023
<b>År</b>	2023
<b>Kurskod</b>	VKGT13
<b>Kursansvarig institution</b>	Institutionen för vårdvetenskap
<b>Nivå</b>	Grundnivå
<b>Handledare</b>	Anna Klarare
<b>Examinator</b>	Elisabeth Bos Sparén

Kvinnors upplevelse av sexuell hälsa i samband med klimakteriet  
En litteraturöversikt

Womens experience of sexual health during menopause  
A literature review

## Sammanfattning

<b>Bakgrund</b>	Alla kvinnor som uppnår en högre ålder kommer att uppleva klimakteriet. Denna fas är en naturlig del av kvinnors åldrande, då hormonell förändring sker och den reproduktiva perioden närmar sig sitt slut. Symtombilden i klimakteriet varierar från person till person och den hormonella förändringen kan påverka kvinnors sexuella hälsa som kan påverka välbefinnandet och livskvalitén. Sjuksköterskors ansvar är att tillämpa ett etiskt och personcentrerat förhållningssätt i sitt omvårdnadsarbete, samt bemöta varje individ med respekt, lyhördhet och erbjuda kvinnor stöd i alla livets faser.
<b>Syfte</b>	Att beskriva kvinnors upplevelser av sexuell hälsa i samband med klimakteriet.
<b>Metod</b>	Litteraturoversikten sammanställdes utifrån material insamlat från tidigare forskning inom vårdvetenskap. Databaserna som användes var PubMed och Cinahl Complete. Resultatet baseras på tio vetenskapliga artiklar, varav fyra kvalitativa, fem kvantitativa och en mixad metod. Artiklarna analyserades enligt Fribergs metod.
<b>Resultat</b>	Resultatet presenteras i tre huvudteman; <i>Klimakteriet och den sexuella hälsan</i> , <i>Relationer, kommunikation och samspel</i> och <i>Kunskapsförst.</i>
<b>Sammanfattning</b>	Kvinnors upplevelse av sexuell hälsa i klimakteriet varierar i hög grad. Klimakteriet ger upphov till olika symtom som påverkar den sexuella lusten och drivkraften. Faktorer som fysiska och psykiska symtom, relationsstatus, förändrad kroppsuppfattning och självkänsla, samt den sociokulturella och religiösa kontexten har betydelse för den sexuella hälsan och livskvaliteten. Bristande information och stöd från vården och samhället framträder tydligt i resultatet.
<b>Nyckelord</b>	Klimakteriet, Kvinnor, Menopaus, Sexualitet, Sexuell hälsa.

## Abstract

### Background

All women who reach an older age will experience menopause. This phase is a natural part of women's aging, as hormonal changes occur and the reproductive period comes to an end. The symptoms of menopause vary from person to person and the hormonal change can influence women's sexual health, which may affect well-being and quality of life. Nurses' responsibility is to apply an ethical and person-centred approach in their nursing work, as well as to treat each individual with respect, sensitivity and offer women support in all phases of life.

### Aim

The aim was to describe women's experiences of sexual health during menopause.

### Method

The literature review was compiled from material collected from previous research in nursing science. The databases used were PubMed and Cinahl Complete. The result is based on ten scientific articles, of which four are qualitative, five are quantitative and one is a mixed method. The articles were analyzed according to Friberg's method.

### Results

The results are presented in three main themes; *Menopause and sexual health*, *Relationships, communication and interaction* and *Thirst for knowledge*.

### Summary

Women's experience of sexual health during menopause varies greatly. Menopause gives rise to various symptoms that affect sexual desire and drive. Factors such as physical and psychological symptoms, relationship status, changed body image and self-esteem, as well as the socio-cultural and religious context are important for sexual health and quality of life. A lack of information and support from healthcare and society is clearly evident in the results.

### Keywords

Climacteric, Menopause, Sexuality, Sexual Health, Women.

## Innehållsförteckning

Inledning.....	6
Bakgrund .....	6
Sexuell hälsa och sexualitet.....	6
Den endokrina påverkan på sexualiteten.....	7
Sexualitet utifrån ett samhällsperspektiv .....	8
Sexualitet utifrån ett etiskt perspektiv .....	9
Menopaus.....	10
Symtom.....	10
Sjuksköterskors ansvarsområde.....	12
Problemformulering .....	14
Syfte .....	14
Teoretisk referensram.....	14
Metod.....	16
Datainsamling.....	16
Kvalitetsgranskning.....	17
Dataanalys.....	18
Forskningsetiska överväganden.....	19
Resultat .....	20
Klimakteriet och den sexuella hälsan .....	20
Relationer, kommunikation och samspel.....	22
Kunskapsförst.....	25
Diskussion.....	26
Metoddiskussion .....	26
Resultatdiskussion.....	28
Klimakteriets påverkan på den sexuella hälsan - individen och samhället.....	29
Upplevelser av att leva i ett mångkulturellt samhälle.....	30

Personcentrerad vård, etiska ställningstaganden och värdegrund.....	31
Kliniska implikationer .....	33
Förslag fortsatt forskning.....	34
Sammanfattning.....	34
Referensförteckning .....	36

## **Bilagor**

Bilaga 1: Sökmatrix

Bilaga 2: Matris över urval av artiklar till resultat

Bilaga 3: Kvalitetsgranskningsmall – Kvalitativ ansats

Bilaga 4: Kvalitetsgranskningsmall – Kvantitativ ansats

## Inledning

Att få uppnå övre medelåldern blir allt vanligare i världen och detta innebär också att vi behöver fylla de kunskapsluckor som finns idag kring vårt naturliga åldrande. I våra ögon är klimakteriet ett sådant område, som i likhet med flera andra områden som rör kvinnohälsan blivit drastiskt eftersatta historiskt. Under utbildningens gång har vi reflekterat över det minimala utrymme som kvinnlig sexualitet tagit i anspråk och vi vill därför synliggöra kvinnors naturliga åldrande, utveckling och mognad samt öppna upp för samtal kring kvinnlig sexualitet genom att samla befintlig forskning och skapa bättre förutsättningar för en personcentrerad, trygg och jämlik vård.

## Bakgrund

### Sexuell hälsa och sexualitet

Människan har ett grundläggande och livslångt behov av beröring och närhet, det vill säga intimitet (Hulter & Edberg, 2019). Detta är starkt förknippat med sexualitet, vilket innefattar könsidentiteter, kön, sexuell orientering, roller, njutning, erotik, reproduktion och intimitet. Detta uttrycks och upplevs genom önskingar, fantasier, tankar, normer, värderingar, relationer och attityder. Sexualitet definieras enligt Heidari m.fl. (2019) som ett emotionellt, fysiskt, psykologiskt och socialt välfärdstillstånd förknippat med sexuella begär. Även om sexualitet omfattar allt detta beskrev Hulter och Edberg (2019) att det inte uttrycks eller upplevs av alla människor, på grund av påverkan och interaktionen mellan psykologiska, biologiska, kulturella, sociala, etiska, ekonomiska, religiösa och historiska faktorer. För människan har ett intimt samliv stor betydelse.

Sexuell hälsa är enligt Scavello m.fl. (2019) det som utgör ett psykiskt, fysiskt, känslomässigt och socialt välbefinnande i relation till sexualitet. Hulter och Edberg (2019) beskrev att människans inställning till sexuella relationer och sexualitet måste vara respektfull och positiv. Sexuell hälsa kräver även trygghet och möjlighet till njutbara sexuella upplevelser. Alla människors sexuella rättigheter måste vara uppfyllda, respekterade och skyddade för att sexuell hälsa ska uppnås och upprätthållas. Sexuell hälsa är grundläggande för den allmänna

hälsan och över tid kan sexualitet variera, samt vad dess betydelse ger uttryck för och vilka behov den innefattar för människan (Folkhälsomyndigheten 2020).

Många olika livshändelser och en begränsande eller föränderlig vardag kan under det vuxna livet påverka sexualiteten, både ur ett fysiskt och psykosocialt perspektiv. Dean m.fl. (2013) beskrev att för både män och kvinnor var ett tillfredsställande sexliv starkt kopplat till tillfredsställelsen i relationen, den allmänna hälsan och upplevelsen av välbefinnande.

### Den endokrina påverkan på sexualiteten

Välbalanserade endokrina funktioner så som hormoner, kärlförsörjning, neurotransmittorer samt central och perifer nervfunktion är beroende av, och har ett nära samspel med den sexuella funktionen (Brattberg & Swartling, 2017). Serotonin och prolaktin kan sänka den sexuella lusten medan dopaminstimulering, östrogen- och testosteronhöjning ökar lusten. Hos både män och kvinnor spelar könshormoner, framförallt androgenernas cerebrala effekter, en avgörande roll för den sexuella lusten. Det finns definierade referensintervall relaterade till ålder för androgennivåerna hos män, men för kvinnor finns det över huvud taget inga riktvärden. Menstruationscykeln brukar vara det vanliga som påverkar kvinnors lust. I anslutning till ägglossningen och ibland i sen lutealfas, det vill säga strax före mens, är oftast lusten större. Hos kvinnor är lusten hormonberoende och östrogener är viktiga för tillståndet och funktionen i vaginalslemhinnan samt huden i vulva.

Livskvalitén och det allmänna välbefinnandet kan påverkas av den sexuella hälsan. Bermans m.fl. (2003) ville utforska kvinnors upplevelse av att söka hjälp för sin sexuella dysfunktion. Majoriteten av deltagarna upplevde besvär så som låg lust, utebliven sexuell upphetsning, svårigheter till orgasm och torra slemhinnor i underlivet. Det visade sig att endast 42 procent av kvinnorna sökte vård hos gynekolog och 40 procent av dem avstod att söka vård för sina besvär, trots att 54 procent uppgav en vilja att få hjälp av vården. Anledningen till att kvinnorna avstod att söka vård var mångfaktoriell, såsom att kvinnor kände sig generade, upplevde en känsla av skam, att det inte fanns hjälp att få samt att tanken aldrig slagit dem att söka hjälp.

### Sexualitet utifrån ett samhällsperspektiv

Lewin (2010) redovisade att den sexuella socialisationen, det vill säga, då man lär sig var, hur, när och med vem man kan interagera sexuellt, sker genom en samhällelig process utifrån ett socialkonstruktivistiskt synsätt. Inom olika samhällen skiljer sig sexuella uttrycksformer åt, men även i ett och samma samhälle kan dessa variera. Redan under barn- och ungdomen genomgår människan det som formar och kontrollerar individens sexualitet utifrån en sexualiserings- och socialisationsprocess. Varje individs verklighetsbild skapas ur dessa processer och bestämmer uttrycksformen för sexualiteten. Vilka som anses vara legitima sexuella aktörer eller i vilka former av sexualitet som anses acceptabla, ser olika ut i olika samhällen. Åling m.fl. (2021) beskrev att uppfattningarna om sexuell hälsa och sexualitet påverkas av sociala, kulturella, religiösa, historiska, ekonomiska, politiska och juridiska faktorer som är komplexa. Lewin (2010) menade att normer är det som utgör den sociala konstruktionen. Enligt Åling m.fl. (2019) har kulturella och religiösa aspekter stort inflytande på normer och värderingar kring sexualitet. Lewin (2010) beskrev att det finns starka, samhälleliga uppsättningar av spelregler gällande sexualitet och när enskilda individer faller utanför dessa ramar riskerar de att hamna utanför samhällets gemenskap och norm kring vad som är ett accepterat sexuellt beteende. Det är först när flertalet individer eller större grupper bryter sig loss från gängse normer som nya normer kan utvecklas och tillslut bli accepterade av samhället. Människors gemensamma utveckling kan beskrivas som den sociala konstruktionen av verkligheten. Det omgivande samhället formar individen men den enskilda individen är även delaktig i att forma samhället. Genom att antingen bekräfta och förstärka föreställningarna eller genom att välja anpassning till förändringarna på samhällsnivå. Sexualitetens uttrycksformer kontrolleras och regleras således av alla samhällen. Åling m.fl. (2019) belyser vikten av att förstå mångkulturen i samhället när omvårdnad distribueras och tillhandahålls, med tanke på den mångfald vi lever i och reflektion bör därför ske på samhällsnivå för att undvika sociala orättvisor.

Med anknytning till sexualiteten och intimsfären finns det tabuföreställningar i alla kulturer, dessa föreställningars funktioner har sällan någon rationell och enkel förklaring (Lewin, 2010). Därför blir vad som anses "avvikande" och "normalt"



beteende extra viktigt att tänka på när vi väljer att skilja dem åt. Skoog (2010) beskrev att länge har den äldre människans sexualitet varit ett tabubelagt område och fördomarna har varit många. Framförallt att sexuella känslor är obefintliga hos äldre, vilket Åling m.fl. (2019) bekräftar med missuppfattningar om att sexuell aktivitet minskar i takt med åldrandet. Trots vetenskapliga studier som visar på motsatsen är dessa myter fortfarande utbredda.

### Sexualitet utifrån ett etiskt perspektiv

Nilsson Schönnesson (2010) menade att det sexuella ofta bedöms ur ett moraliskt perspektiv. Det som anses vara sexuellt moraliskt acceptabelt jämföras traditionellt med det som definieras som "normalt" eller "naturgivet". Begreppet normalt syftar till vad människor bör göra, ur ett ideologiskt perspektiv relaterat till sexualitet. Det utgår från naturgivna lagar som exempelvis att samlagens målsättning är fortplantning. Begreppen moral och etik kan i allmänt språkbruk blandas ihop. Personens praktiska handlande avser moral, och etik är en teoretisk reflektion över motiven för mänskliga värderingar och handlingar. Ekman (2022) beskrev att etiken som vision har företräde framför moralen men bedöms i varje situation och ses över genom den moraliska normen.

Sexuella värderingar har i stor utsträckning sin utgångspunkt i människosynen, vilket i sin tur blir grunden för etiska ställningstaganden (Nilsson Schönnesson, 2010). Många har i dagens samhälle en humanistisk människosyn som beskriver människan som ett jag, ett subjektivt, som har mänskligt värde, ansvar och frihet. Att behandla och betrakta människan som den individ personen är i sig, och inte i egenskap av vad personen gör eller har, är att respektera människans människovärde. Sandman och Kjellström (2018) beskrev att en av de mest centrala aspekterna i humanistisk människosyn är att alla människor har lika värde. Nilsson Schönnesson (2010) menade att definitionen av den humanistiska människosynen är en värdering och ett uttryck för existentiella samt personliga val och man kan inte bevisa dess giltighet med vetenskaplig säkerhet.

Humanistisk människosyn kan vara förenlig med olika etiska synsätt (Sandman och Kjellström, 2018). Det är inte en självklarhet att en viss människosyn implicerar ett visst etiskt förhållningssätt. Nilsson Schönnesson (2010) beskrev att någon speciell sexologisk etik inte finns, men för konkreta forskningsmässiga och

kliniska sexologiska frågeställningar borde det tillämpas allmänna etiska handlingsregler. Liksom på andra områden i livet bör samma etiska grundregler även gälla här. Syftet är att de värderingar och normer som omedvetet ofta styr förhållningsätt, handlade och etiska beslut, bör ges möjlighet till omprövning, kritiskt analyseras och medvetandegöras.

## Menopaus

Klimakteriet, eller menopausen beskrivs av Världshälsoorganisationen (2022) (WHO) som en naturlig del i kvinnans biologiska åldrande då den reproduktiva livsfasen avtar. Majoriteten av kvinnor upplever klimakteriet mellan 45–55 års ålder. Klimakteriet är en följd av minskad follikulär aktivitet i äggstockarna samt minskade östrogennivåer i blodet. Menopausen föregås av perimenopaus då hormonnivåerna gradvis minskar och ofta ses förändringar i menstruationscykeln som ett första steg i en ibland mångårig process. I samband med att klimakteriet infinner sig, efter 12 sammanhängande månader utan menstruation, upphör alltså kvinnans ägglossning och därmed också hennes möjlighet att bli gravid. De hormonella förändringarna kan påverka kvinnans välbefinnande känslomässigt, fysiskt, socialt och mentalt.

## Symtom

Symtombilden och klimakteriets påverkan varierar avsevärt från person till person. För somliga är symtomen få, om ens märkbara, andra upplever svåra symtom som utgör hinder i vardagen och bidrar till försämrad livskvalitet (WHO, 2022). Denna komplexitet belyser de Salis m.fl. (2017) i sin forskning kring upplevelse av att genomgå klimakteriet, där olika kvinnors berättelser vävs samman och understryker att klimakteriet kan upplevas som en naturlig och oundviklig del av livet. Vissa vittnar om svåra omvälvande utmaningar och påfrestningar, både somatiskt som emotionellt, om ensamhet och identitetsförlust. För andra dominerar känslan av frigörelse och förändring.

WHO (2022) listar följande symtom associerade med klimakteriet:

värmevallningar, nattlig svettning, sömnsvårigheter, torra slemhinnor, samlagssmärter, ångest, humörsvängningar, depression, förändrade blödningsmönster i menscykeln, förändrad kroppsbyggnad, hjärtklappning och inkontinens.

Utöver dessa symtom anger WHO (2022) även andra risker kopplade till klimakteriet, så som högre risk för hjärt-och kärlsjukdom, allt eftersom östrogenet minskar, avtar också dess skyddande effekt. Även bäckenets stödstrukturer försvagas och ger en högre risk för framfall, samt en förlust av bentäthet som bidrar till ökade risker för osteoporos och frakturer. Socialstyrelsen (2021) fick i uppdrag av regeringen att kartlägga vård och behandling vid klimakteriebesvär ur perspektivet jämlik vård, då det finns stora kunskapsluckor i vård, bemötande och information till kvinnor i klimakteriet som inte sällan uppsöker vården för att få hjälp, men adekvat stöd, samtal och bemötande uteblir.

Elmström (2021) beskrev att bemötandet och lyhördheten gentemot kvinnor kan vara helt avgörande då de söker vård för sitt förändrade mående i samband med klimakteriet. Kvinnorna ska kunna känna sig trygga och lyssnade på och vårdgivaren behöver uppvisa en bekräftande attityd. Detta är alltid av stor vikt men kanske framför allt hos kvinnor i övergångsperioden, då denna period kan vara en mångårig process som många kvinnor har svårt att finna acceptans för. Dessutom råder stor okunskap på området som berör klimakteriet. Detta bekräftas av Morrison m.fl. (2014) vars studie syftade till att beskriva kvinnors upplevelser av klimakteriet, och visade att flertalet kvinnor kände ilska över att behöva genomgå den menopausala transitionen och hade svårt att se detta som en naturlig del av livet.

Fortsättningsvis belyser Elmström (2021) att det finns faktorer som kan påverka och göra det förvirrande för kvinnan att förstå om hennes mående och symtom är kopplade till menopaus. Exempelvis kan preventivmedel påverka kroppen i den mån att menstruationen uteblir. Stress är även en faktor som kan ge upphov till oregelbunden eller utebliven menstruation. Det händer att kvinnor hamnar i klimakteriet vid en relativt ung ålder, vilket kan göra situationen svår att förlikas sig med och leda till förnekelse. Kvinnor som hamnat i menopaus och haft sin allra sista menstruation, går härmed in i den postmenopausala perioden. Här sker det sedan, under flera år, en stabilisering av det nya lägre nivåerna östrogen i kroppen och cirka 70 procent uppger här att de har symtom. För vissa började dessa redan vid perimenopausen och för andra kvinnor börjar symtomen nu. WHO (2022) redovisade att antalet postmenopausala kvinnor ökar i världen. Kvinnor över 50

år stod globalt för 26 procent av alla flickor och kvinnor år 2021, vilket är fyra procent mer än för tio år sen. Kvinnor lever idag längre och kvinnan i 60 års ålder år 2019 kunde i genomsnitt förvänta sig att leva ytterligare 21år.

### Sjuksköterskors ansvarsområde

I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor klargörs det tydligt att omvårdnad är sjuksköterskors främsta kompetensområde, och att sjuksköterskor har ett personligt ansvar att upprätthålla den egna kompetensen genom att kontinuerligt utvecklas inom sin profession vilket ses som ett livslångt lärande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017; Svensk sjuksköterskeförening, 2022). Sjuksköterskor är också ansvariga för att alltid tillämpa ett etiskt och personcentrerat förhållningssätt i sitt omvårdnadsarbete och bemöta patienter med respekt, lyhördhet och erbjuda stöd till patienter i alla livets faser. Enligt Arwidson och Eriksson (2014) är det hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) som reglerar rätten till hälso- och sjukvård och syftar till att ge vård på lika villkor för hela befolkningen och vård ska ges med respekt, för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet.

Elmström (2021) framhävde viktiga aspekter som redskap för sjuksköterskan i mötet med kvinnor i övergångsperioden. Sjuksköterskor bör bekräfta kvinnan som ofta uttrycker att hon inte längre känner igen sig själv, varken mentalt, känslomässigt eller fysiskt. Information kring de förändringar som klimakteriet för med sig, både under perimenopaus som postmenopaus bör tillhandahållas samt vilka möjligheter till hjälp, stöd och behandling som står till buds. Det bör skapas en trygg plats för frågor då vanan att prata om hormonella förändringar inte alltid finns. Även kunskap kring hur en hälsosam livsstil där exempelvis goda kostvanor och fysisk aktivitet främjar god livskvalitet. Motiverande samtal kan vara till stor hjälp för att stärka kvinnors självbild. Då övergångsperioden pågår under flera år kan en längre vårdkontakt vara betydelsefull för denna patientgrupp, med möjlighet för återkoppling vid behov.

I jämförelse med andra områden, skiljer det sig i princip ingenting när det kommer till sjuksköterskors ansvar kring upplägget av den specifika omvårdnaden gällande sexualitet (Sundbeck, 2013). Sjuksköterskor ska, i arbetet med sexuell hälsa, samla in data från patienten, analysera kommande vårdinsatsens påverkan

för patientens framtid, planera omvårdnadsåtgärder, genomföra dessa, utvärdera, sammanfatta och dokumentera omvårdnadsåtgärderna. Ämnet kan vara tabubelagt för både patienter och sjuksköterskor, vilket gör att i praktiken hamnar sexuell hälsa långt ner på prioriteringslistan. I Saunamäki och Engström (2013) studie som beskrev sjuksköterskors reflektioner kring att diskutera sexualitet, framkom att det var utmanande och svårt att diskutera ämnet. Den starka känslan att vilja hjälpa gjorde att vissa sjuksköterskor diskuterade ämnet med sina patienter, men detta medförde motstridiga känslor som pinsamheter och rädsla. I de fall där sexuell hälsa inte togs upp berodde det ofta på bristande avskildhet, tids- och kunskapsbrist samt att vissa ansåg det vara ett tabubelagt ämne, tron om att äldre inte är sexuellt aktiva och att det var någon annans ansvar att ta upp sexualitet.

För sjuksköterskor är lyssnandet en väsentlig del, men det ställs även krav på samtalstekniken när det ska talas om sexualitet (Sundbeck, 2013). Detta är inte en mekanisk teknik, utan kräver kunskap och träning, och sjuksköterskor bör ha en egen etisk plattform att stå på samt ett genuint intresse för samtalet. Fennell och Grant (2019) beskrev att det finns fler fördelar för patienterna när sjuksköterskor har en mer omfattande utbildning i ämnen relaterat till sexuell hälsovård. Sundbeck (2013) menade att sexualitet kan vara ett område kantat av mycket tillfredställelse och glädje, men kan även innebära smärta, besvikelse och intolerans. Sjuksköterskor måste behandla alla jämlikt och därmed tolerera och acceptera att människor lever olika liv. Sjuksköterskor behöver också ha goda kunskaper gällande sjukdomar, behandlingar och sexuella konsekvenser, då det är sjuksköterskors roll att försvara individens sexualitet som viktig för dennes livskvalité. Fennell och Grant (2019) belyser dock att även om sjuksköterskor utbildats i hur man hanterar information om sexuell hälsa till patienter var detta mest effektivt i förebyggande syfte. I en annan studie av Saunamäki m.fl. (2010) studerades sjuksköterskors attityder kring att diskutera sexualitet med patienter. Majoriteten av sjuksköterskorna uppgav att de förstod hur patienters sexualitet kan påverkas till följd av sjukdom eller behandling. Över hälften ansåg att det var deras ansvar att prata om sexualitet. Trots detta uppgav 80 procent av sjuksköterskorna att de inte tog sig tid att diskutera sexuella bekymmer. De

sjuksköterskor som tog sig tid och hade en positiv inställningen till ämnet, var äldre, hade jobbat längre och hade större erfarenhet.

## Problemformulering

Klimakteriet är en naturlig transition i kvinnors livscykel och innebär hormonella fluktuationer som kan manifesteras sig som både fysiska och psykiska förändringar. Klimakteriet kopplas ofta ihop med avtagande vitalitet, energi och lust. Inte sällan upplevs dessa som utmaningar och upphov till lidande. Kvinnors sexuella hälsa blir ofta tabubelagd, vilket kan leda till att förståelse, information och stöd uteblir. Detta banar väg för ojämlik vård samt ett ökat lidande och försämrade livskvalitet. Då sjuksköterskor möter kvinnor berörda av klimakteriet nästintill överallt inom hälso- och sjukvårdskontexten, är det av stor vikt att känna till dessa förändringar samt vilka behov av hjälp och stöd som bör erbjudas varje enskild kvinna, detta för att genom ett personcentrerat förhållningssätt främja sexuell hälsa, välbefinnande och livskvalitet.

## Syfte

Syftet med denna litteraturöversikt är att beskriva kvinnors upplevelser av sexuell hälsa i samband med klimakteriet.

## Teoretisk referensram

Begreppet personcentrerat förhållningssätt myntades av den amerikanske psykologen Carl Rogers och ligger till grund för det som idag beskrivs som personcentrerad vård. Rogers (1995) beskrev att människans förmåga att tänka kritiskt, uppleva känslor och att växa som person, kan främjas genom en accepterande, positiv och stödjande miljö. För att främja patienters självkänsla, självbild och självförverkligande bygger teorin fundamentalt på att ha ett personcentrerat förhållningssätt. Det finns tre viktiga aspekter att ta hänsyn till; den första benämns som äkthet och handlar om terapeutens transparenta förhållningssätt. Genom att inte sätta upp någon professionell front eller personlig fasad, utan istället sträva efter att vara sig själv i relationen, finns en större sannolikhet att patienten på ett konstruktivt sätt har förutsättningar att förändras, utvecklas och växa. Den andra aspekten handlar om acceptans. När patienten befinner sig i livet, är det mer sannolikt att en förändring inträffar om terapeuten

har en positiv och accepterande attityd gentemot patienten. Den tredje aspekten är empatisk förståelse. Genom patientens upplevelse känner terapeuten noggrant av känslor och dess personliga betydelse. Vikten här är att kommunicera denna förståelse till patienten. Detta skapar en förutsättning för att få en inblick i vilka betydelser patienten själv redan är medveten om men även det som beskrivs som undermedvetenhet. Dessa aspekter möjliggör för personen att utveckla en mer omtänksam attityd mot sig själv, och får därmed större möjlighet att växa och uppleva större frihet.

Svensk sjuksköterskeförening (2016a) redogör att begreppet personcentrerad vård vuxit fram både nationellt och internationellt som en beskrivning av god omvårdnad och har sitt ursprung inom psykologin, där psykologen Carl Rogers var en av de som betonade detta under 1960-talet. Att bedriva personcentrerad vård innebär att ge de bästa möjliga förutsättningarna för en person att göra evidensbaserade val gällande sin hälsa samt att respektera och inte moralisera kring de val personen önskar att ta. Tre huvudkomponenter vid ett personcentrerat förhållningssätt lyfts fram av Ekman m.fl. (2011), den första är att inleda ett partnerskap genom att lära känna patienten och se till personens nuvarande situation, upplevelser, förmågor, behov och resurser. Personens syn på sitt tillstånd och livssituation är centralt, då personens lidande i ett vardagssammanhang kan fångas här. Den andra komponenten skapas sedan inom partnerskapet mellan patient och sjuksköterska, genom att tillsammans upprätta en hälsoplan med gemensamt överenskomna mål. Sjuksköterskor ska stödja och uppmuntra patienten, så möjlighet ges för personen att ta ansvar för det egna tillståndet. Den tredje komponenten är att vårdgivaren ska värna om partnerskapet genom att dokumentera och följa upp hälsoplanen. Patientperspektivet är av stor vikt och utgör hela samspelet mellan vårdgivare och patient. Kärnkomponenten i personcentrerad vård är att erkänna patienten som en person, en egen individ som aldrig får reduceras till enbart sin sjukdom.

Författarna valde att utgå ifrån personcentrerad vård som referensram då sjuksköterskors ansvar att se människan ur ett holistiskt perspektiv och utgå från varje unik individ i sitt arbete är en förutsättning för optimal livskvalitet hos patienten, och då detta är en möjlig väg till större öppenhet kring sexuell hälsa.

Personcentrerad vård som teoretiskt begrepp kommer att tillämpas i resultatdiskussionen med fokus på partnerskapet mellan sjuksköterskor och patienter.

## Metod

Syftet var att kartlägga och samla befintlig forskning som beskrev kvinnors upplevelser av sexuell hälsa i samband med klimakteriet för att få en samlad bild av dagens kunskapsläge. Enligt Friberg (2022) skapas en litteraturöversikt genom en sammanställning av befintlig forskning som finns inom ett specifikt ämnes- eller problemområde.

### Datainsamling

Inklusionskriterier: kvalitativa eller kvantitativa artiklar, peer-reviewed, etiskt granskade, deskriptiva kring kvinnors upplevelse av sexuell hälsa i samband med klimakteriet, publicerade från 2010 samt utan geografisk begränsning.

Exklusionskriterier: utvärderingar av farmakologiska och kirurgiska insatser, annat språk än engelska, artiklar med fokus underliggande sjukdomstillstånd i relation till sexuell hälsa eller menopaus, prematur menopaus, inducerad menopaus, postmenopaus samt mäns sexuella hälsa. Databaser som användes till litteraturöversikten är Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) och PubMed. Databaserna valdes då de omfattar referenser inom vårdvetenskap, vilka berör ämnen relaterade till syftet. Karlsson (2017) beskrev att CINAHL omfattar material inom omvårdnad, arbetsterapi och fysioterapi. PubMed tillhandahåller material inom det biomedicinska området såsom omvårdnad, medicin och tandvård.

Enligt Östlundh (2022) kan avgränsningar med fördel användas för att sortera bort artiklar som inte berör intresseområdet, vilket underlättar urvalet. Vanligaste avgränsningarna är peer-reviewed, språk och årtal. Avgränsningen peer-reviewed gör att enbart artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter visas i resultatet. Segesten (2022) beskrev att artiklarna då har genomgått en fackgranskning, där den vetenskapliga redaktören ser över utformning och relevans. Därefter granskar forskare inom ämnet artikeln och bedömer dess förmedling och redovisning. Dock bör det understrykas att detta inte indikerar de enskilda artiklarna som vetenskapliga eftersom bedömningen kan ha blivit felaktig.



Utifrån syftet identifierades först de viktiga betydelsebärande nyckelorden för att möjliggöra adekvata databassökningar i enlighet med Marie Cederschiöld högskola (2013). Två fenomen identifierades och låg till grund för sökord och synonymer. Tänkt sökord applicerades i respektive databasämnesordlistor. Karlsson (2017) beskrev att ämnesordssökning ger en mer exakt sökning, då denna fokuserar på att beskriva innehållet utifrån sökorden. I PubMed finns ett system med ämnesord som kallas Medical Subject Headings (MeSH) och i CINAHL kallas systemet för Cinahl Headings.

Två fenomen, som skapade ämnesord i respektive databas bildade sökblock. Två sökblock användes med OR i respektive sökblock och AND användes för att kombinera dessa med varandra (se bilaga 1). Enligt SBU (2020) används sökblock med fördel, då dessa genererar fler tänkbara ämnesord per block i kombination till ett flertal sökblock. Östlundh (2022) beskrev boolesk söklogik som en teknik som används för att experimentera och sätta samman en rad olika synonymer och sökord för att få fram bästa möjliga litteratururval. Metoden anger hur sökorden ska kombineras. Vill man få artiklar på båda söktermerna eller enbart någon av de, används OR, och för att koppla ihop två söktermer med varandra används AND. Sökningen i CINAHL gav 147 artiklar och i PubMed 443. Alla 590 titlar lästes och därefter användes de titlar som ansågs relevanta för arbetet, där författarna initialt läste och granskade abstrakts av 23 artiklar i CINAHL respektive 42 i PubMed. Baserat på de valda artiklarnas abstrakt, gjordes ytterligare urval utifrån relevans i relation till syftet. Därefter lästes 34 kvarstående artiklar i sin helhet, och utav dessa gallrades artiklar bort som inte speglade syftet. Totalt behölls tio artiklar (se bilaga 2).

### Kvalitetsgranskning

Forsberg och Wengström (2016) beskrev att det är av stor vikt att värdera och identifiera relevanta studier. En kvalitetsgranskning bör omfatta studiens syfte, frågeställning, design, urval, mätinstrument, analys och tolkning. Efter att varje frågeställning är besvarad besitter man ett bra underlag för att värdera artikelns kvalitet. Genomförandet kan värderas att ha hög, medel eller låg kvalitet. Mårtensson och Fridlund (2017) menade att kvalitetsgranskningen bör genomföras med hjälp av testade granskningsmallar utifrån vald design och

hänvisar till Forsberg och Wengström (2016) kvalitetsgranskningsmallar. Kvalitetsgranskningen genomfördes enligt Forsberg och Wengströms (2016) granskningsmallar (se bilaga 3 och 4). Samtliga tio artiklar kvalitetsgranskades. De kvalitativa artiklarna granskades med mallen för kvalitativa artiklar medan de kvantitativa artiklarna granskades med motsvarande för kvantitativa artiklar – kvasiexperimentella studier. Den sistnämnda modifierades för att anpassas efter de valda kvantitativa artiklarna. Artikeln med mixad metod genomgick granskning utav den kvalitativa respektive modifierade kvantitativa mallarna.

Granskningen skedde av författarna gemensamt där varje artikel studerades noga utifrån frågeställningarna. Bedömningsskalan utgjordes från ett procentuellt system. 80–100 procent ansågs av hög kvalitet, 70–79 procent av medel kvalitet och 69 procent eller lägre ansågs av låg kvalitet. Varje artikel sammanställdes genom att poängsätta varje svar. Varje ja svar respektive en fråga som krävde ett nej svar gavs ett poäng och utifrån sammanlagda poängen kunde procentsatsen ses. Åtta artiklar höll en hög kvalitet och två av artiklarna hade en medel kvalitet, men hade besvarat ja på minst en fråga ur varje del som Forsberg och Wengström (2016) hänvisar till att en kvalitetsgranskning bör omfatta. Ställning togs till att de två artiklarna skulle inkluderas och sammantaget användes alla tio artiklar till resultatet (se bilaga 2).

### Dataanalys

Dataanalysen styrs av syftet enligt Mårtensson och Fridlund (2017) och menade att analysen ska väljas utifrån om syftet kan besvaras. Författarna valde Friberg (2022) dataanalys som innebär att det initialt handlar om förståelsen för sammanhanget och innehållet av de valda studierna. Genom att läsa artiklarna flera gånger och sammanfatta var och en, skapades relevanta sammanfattade texter som främjar syftet. Den data som analyserats, sammanstälts och tematiserats, sorterades därefter in under lämplig rubrik. Detta gjordes genom noggrann analys samt genom att texter markerades med olika färger, utgjorde de teman som utkristalliserades under arbetets gång, dvs fenomen, upplevelser eller siffror som återkommer i ett tydligt mönster. Slutligen sammanställdes all data i tre olika huvudområden samt genom sammanfattningar av varje artikel för sig, och slutligen som en ny helhet.

Genom att rubricera kategorier eller teman i resultatavsnittet blir förståelsen för området större för läsaren. Dokumentation av syfte, metod, resultat med mera i en tabell, skapar en översikt som utgör en grund för analysarbetet.

Dokumentationen är en viktig del av arbetet och författarna avgör här vad som utgör en viktbar grund i relation till valda forskningsfrågor och problemområden (Friberg, 2022). Samtliga artiklar analyserades genom noggrann granskning av innehåll, validitet och kvalitet för att slutligen sammanfattas och sammanställas i en översiktstabell, och kategoriserades utefter olika teman som succesivt växte fram under analysens gång.

## Forskningsetiska överväganden

Vetenskapsrådet (2017) gör gällande att god forskningssed kännetecknas av redogörelse kring hantering av data, metod, samt urval av material, vilket utgör strukturen för denna litteraturöversikt. Enligt Sandman och Kjellström (2018) består Belmontrapporten av tre grundläggande etiska principer som innebär respekt för personen, göra-gott-principen samt rättvisa. Dessa utgör ett ramverk och är vägledande i hur etiska problem kan hanteras. Respekt för personen inkluderar ett starkt ställningstagande för individens autonomi och integritet. Informerat samtycke är avgörande i relation till deltagande och hänsyn bör alltid tas till personer som är särskilt utsatta. Göra-gott-principen är formulerad som en etisk skyldighet att inte skada deltagarna och har sin grund i människors välbefinnande. Här är det av stor vikt att göra en riskanalys där målet är att uppnå största möjliga kunskapsvinst utan att åsamka skada. En annan aspekt av stor betydelse är att undvika oredlighet och plagiat vid vetenskapligt arbete. Oredlighet sker då man frångår vetenskapliga krav och forskningsetiska normer eller genom att på olika sätt förfälska, vinkla eller medvetet avstå att rapportera korrekt material och fakta i sitt arbete. Plagiat innebär att använda sig av andras idéer eller texter utan att uppge korrekt referens, källa eller upphovsman.

Då denna litteraturöversikt inkluderar individers personliga berättelser kring sexuella vanor och personliga upplevelser kring klimakteriet och hur detta påverkat livet, har författarna tillsett att samtliga valda artiklar är etiskt granskade och godkända av en etisk kommitté och värnar deltagarnas integritet. Detta har säkerställts vid granskning av varje vald artikel i detta arbete. Stor vikt har lagts vid

att belysa det valda ämnet från alla de perspektiv som framkommit och ett kritiskt ställningstagande och vaksamhet kring egna fördomar och förförståelse har upprätthållits för att inte grumla eller förvanska den kunskap och information som framkommit. Därutöver tillses också att alla fynd beskrivs med egna ord samt med korrekt angivna referenser i löpande text och referensförteckning för att undvika oredlighet och plagiat.

## Resultat

Resultatet baseras på tio artiklar där analyserna gjorts genom kvantitativ, kvalitativ och mixad design. Studier från Iran, Kina, Taiwan, Turkiet och USA sammanfattas i detta resultat, och presenteras i tre teman: *Klimakteriet och den sexuella hälsan*, *Relationer, kommunikation och samspel* och *Kunskapsörst*.

### Klimakteriet och den sexuella hälsan

Den sexuella hälsan i klimakteriet beskrevs som en högst individuell och multifaktoriell förekomst där kvinnors upplevelser under och efter klimakteriet varierade i hög grad (Andac m.fl., 2017; Javadijala m.fl., 2018; Smith m.fl., 2017a; Smith m.fl., 2017b; Wong m.fl., 2018; Yang m.fl., 2016). Det framkom i flertalet studier att majoriteten av kvinnorna ansåg att sexuell hälsa och sexualitet är betydelsefulla parametrar för livskvalitet (Thomas m.fl., 2018; Bahri m.fl., 2017; Kong m.fl., 2019; Yang m.fl., 2016).

Flera studier pekade på sambandet mellan menopausala symptom och förändringar i sexlivet, så som torra slemhinnor i underlivet, värmevallningar, trötthet, humörsvängningar, fysisk och psykisk utmattning, samlagssmärta, minskad libido och upphetsning, vilket i sin tur ledde till minskad sexuell aktivitet och minskad sexuell njutning (Andac m.fl., 2017; Javadijala m.fl., 2018; Kong m.fl., 2019; Yang m.fl., 2016; Smith m.fl., 2017a; Smith m.fl., 2017b). Samtliga studier belyste att kvinnor upplevde minskad libido i varierad omfattning i samband med klimakteriet (Andac m.fl., 2017; Bahri m.fl., 2017; Javadijala m.fl., 2018; Kong m.fl., 2019; Smith m.fl., 2017a; Smith m.fl., 2017b; Thomas m.fl., 2018; von Hippel m.fl., 2019; Wong m.fl., 2018; Yang m.fl., 2016). Dessa förändringar uppstod till följd av olika menopausala symptom som på ett komplext vis kunde interagera och förstärka varandra. Vaginal torrhet och förändrad fysisk respons skapar samlagssmärta och oförmåga till orgasm som i sin tur sänker

libidon ytterligare. Denna komplexitet understryks av (Yang m.fl., 2016; Thomas m.fl., 2018; Wong m.fl., 2018). Majoriteten av kvinnorna upplevde någon form av symtom där över hälften av dessa kvinnor upplevde minst ett symtom som allvarligt eller mycket allvarligt (Kong m.fl., 2019).

Större delen av deltagarna i studien upplevde förändrande känslor kring sexualitet, lust och intimitet i klimakteriets antågande (Yang m.fl., 2016). I kölvattnet av de fysiska förändringarna delgav många kvinnor ett förändrat förhållningssätt till sin sexualitet, sin kvinnlighet och intimitet i parrelationer. Hämmande faktorer av den sexuella motivationen beskrevs som makens bristande närvaro, kritik, föraktfulla attityder eller frånvaron av ömsesidig förståelse (Javadivala m.fl., 2018). Kvinnor som levde med män som ofta uppvisade ilska, upplevde störningar i både den känslomässiga såväl som den fysiska intimiteten.

Inte alla kvinnor upplevde avtagande sexuell lust eller aktivitet i samband med klimakteriet (Thomas m.fl., 2018). Vissa kvinnor upplevde däremot åldrandets positiva aspekter så som större självkännet och bättre uppfattning kring vad som gav dem njutning och tillfredsställelse och de kände sig bättre rustade att kommunicera dessa behov till sina partners. Även aspekter som små eller obetydliga risker att bli gravid var bidragande faktorer till större njutning. Några kvinnor uppgav att de kände sig mer bekväma i sin kropp, vilket gjorde att de kunde leva ut sexuellt i högre grad. Yang m.fl., (2016) redovisade att merparten av kvinnorna uppgav att de var sexuellt aktiva och av dessa rapporterar hälften symtom på sexuell dysfunktion. Det var dock mindre vanligt med sexuell dysfunktion hos kvinnor som saknade partner borttaget än kvinnor med partner borttaget. En mindre del av de tillfrågade angav att deras sexliv inte påverkats till följd av menopaus. Det framkommer även att ett fåtal kvinnor ansåg att den sexuella funktionen förbättras över tid under klimakteriets gång. Sexuell tillfredsställelse och sexuell funktion till följd av fysiska förändringar, påverkades negativt av bl.a de olika svårighetsgraderna av klimakteriebesvär, kroniska sjukdomar, ökad ålder och kontinuerlig läkemedelsanvändning (Andac m.fl., 2017). I en större amerikansk studie redovisade (Von Hippel m.fl., 2019) att kvinnor utan partner, användning av hormonersättning (HRT) samt hypertoni associeras med lägre risk för sexuell dysfunktion. Samma gällde kvinnor som

upplevde en god generell hälsa. Kvinnor som däremot upplevde sin allmänna hälsa som medelgod eller dålig associerades med förhöjd risk för sexuell dysfunktion.

Kvinnlig sexualitet är ett mångfacetterat och komplext fenomen, format av samspelet mellan biologiska, psykologiska och sociokulturella faktorer (Javadivala m.fl., 2018). Minskad sexuell frekvens har beskrivits som en negativ effekt då majoriteten kvinnorna uppger att de upplevde besvikelse och frustration kopplad till denna förändring. Många kvinnor angav även att den egna kroppsuppfattningen kan ge upphov till skam och dålig självkänsla (Thomas m.fl., 2018). Andra komponenter som utmanade måendet under klimakteriet visade sig vara depression, oro och ångest. Kvinnor som led av depression och ångest upplevde i högre grad negativa klimakteriesymptom och ägnade sig även åt sexuell aktivitet i lägre grad (Smith m.fl., 2017a; Smith m.fl., 2017b; Wong m.fl., 2018). Kvinnor med depression hade 16 gånger högre risk att utveckla sexuell dysfunktion (Wong m.fl., 2018). Sexuell ångest definieras som negativa känslor och ångest kring sexuell aktivitet och kvinnor i perimenopaus upplevde en högre grad av sexuell ångest än postmenopausala kvinnor (Kong m.fl., 2019). Flertalet kvinnor upplevde en högre grad av stress samt att deras sociala roller som fru, dotter, mor och arbetstagare gjorde det svårare att koppla av och till fullo njuta av sex, men belyste även positiva förändringar så som starkare emotionell anknytning till partnern, minskad oro i familjelivet samt bättre kommunikationsförmåga kring egna behov (Thomas m.fl., 2018).

### Relationer, kommunikation och samspel

Till följd av avtagande sexuell samvaro beskrev Yang m.fl. (2016) att flera kvinnor omdefinierade parrelationen och i samband med detta upplevdes identitetsförlust. Några kvinnor upplevde en förändrad syn på sin relation med sin man eller partner från älskare till följeslagare. Detta kunde tyda på att kvinnor förändrade sin rollidentitet under klimakteriet och accepterade den nya relationen med sin partner som en "livskamrat". En del kvinnor menade att de slutat ägna sig åt sexuell aktivitet på grund av fysiskt obehag samt obefintlig libido och uppgav att deras män respekterade detta utan att tvinga fram sexuella aktiviteter. I flera andra studier (Yang m.fl., 2016; Javadivala m.fl., 2018; Bahri m.fl., 2017) skildras dock en

bild där resultatet genomgående visade att kvinnor upplevde att de bar ansvar för det sexuella livet med sin partner och ansåg sexuell funktion vara en viktig komponent i den äktenskapliga relationen (Yang m.fl., 2016; Wong m.fl., 2018). Majoriteten av kvinnorna i (Wong m.fl., 2018) studie upplevde förlust av sexuell intresse, till skillnad från deras män, som bibehöll en fortsatt stark sexuell lust. Flera kvinnor ansåg att det var en hustrus ansvar att tillfredsställa sin mans sexuella önskemål och de fortsatte därför att ha sex oavsett vad de själva önskade, eller mot den egna viljan (Wong m.fl., 2018; Bahri m.fl., 2017; Javadijala m.fl., 2018; Yang m.fl., 2016). I konfrontationen gällande minskad libido valde kvinnorna ofta lydnad i sexuella relationer. Denna strategi gjorde att kvinnorna antog en självupppoffrande roll i processen att hantera sexuella problem under klimakteriet (Bahri m.fl., 2017; Javadilalal m.fl., 2018). Flera kvinnor ansåg att klimakteriet representerade ett annat livsskede, där äktenskapets fokus bör flyttas från sex och reproduktion till känslomässig intimitet, såsom kyssar, smekningar och kel, snarare än sexuell umgänge. Menopausala kvinnor beskrev att i vissa fall hade deras roll och identitet omskapats så drastiskt att de tvivlade på om deras närvaro fortsatt hade betydelse för deras partner (Yang m.fl., 2016).

Vissa faktorer motiverade kvinnorna till större engagemang till sexuell umgänge, så som effektiv kommunikationsförmåga, stark emotionell intimitet och omtänksamhet för varandra (Javadijala m.fl., 2018). För att upprätthålla och förstärka kvinnors sexuella motivation påpekades vikten av vänskapliga och romantiska relationer samt djup känslomässig intimitet. Engagemanget från partnern att lösa äktenskaps- och livsproblem samt deras samarbete i hushållsarbetet hade positiv inverkan på den sexuella motivationen. Partners som visade förståelse för att minskad libido hos kvinnor som en normal konsekvens av klimakteriet, och minskade sina sexuella krav, spelade en viktig roll för ömsesidig förståelse (Bahri m.fl., 2017). Dock undvek merparten av deltagarna interaktion med partnern om förlust av libido och uttryckte skam och genans när de pratade om sexuella frågor med sin partner.

Flera studier lyfte känslan av ensamhet som kvinnorna upplevde, speciellt i kulturer där kvinnlig sexualitet, lust och njutning var tabubelagt (Javadijala m.fl., 2018; Bahri m.fl., 2017; Yang m.fl., 2016). Då det ofta helt saknades utbildning

och information kring klimakteriet, lämnades kvinnor ofta ensamma med upplevelser, tankar och funderingar. Ofta fanns endast kunskap som förmedlas via en syster eller annan kvinnlig närstående i familjen till hands som informationskälla, då Irans hälsosystem inte tillhandahöll någon organiserad vård för menopausala kvinnor (Bahri m.fl., 2017). Även i andra delar av världen vittnade kvinnor om okunskap både i samhället, i sina relationer med sin partner samt från sjukvården. Framför allt saknades kunskapen hos kvinnorna själva och i flera fall även kunskap i hur vidare kunskap kan erhållas (Wong m.fl., 2018; Yang m.fl., 2016).

Sexualitet, kultur och genus beskrevs som historiskt sammanflätade och i många samhällen undvek kvinnor att prata om sex och relaterade ämnen, då det ansågs som tabu (Javadijala m.fl., 2018). Sociokulturella faktorer påverkade starkt de flesta aspekter av sexualiteten, därmed kunde kulturella frågor, sociala sammanhang, värderingar och normer begränsa sexuella uttryck och därmed även hämma sexuell motivation under klimakteriet. Hos majoriteten av deltagarna i studier från Iran och Taiwan var kvinnornas erfarenheter av att konfrontera sexuella problem förknippade med uppföringar i relation till sexuella krav från sina män (Bahri m.fl., 2017; Javadijala m.fl., 2018; Yang m.fl., 2016; Kong m.fl., 2019). Yang m.fl., (2016) belyser att den traditionella taiwanesiska samhällssynen indikerade att sex är mannens rättighet och kvinnors skyldighet och dagens kvinnor levde fortfarande i skuggan av dessa normer. Kvinnorna i studien uppvisade patriarkala attityder i relation till sex och sin roll i den sexuella relationen, vilket under menopausen manifesterar sig i att kvinnor undertryckte sina smärtor och obehag för att möta makens krav på sex i upprätthållandet av äktenskapets integritet. Även (Bahri m.fl., 2017) redovisade hur religiösa strukturer som ledde till lydnad i sexuella relationer, har sina rötter i dessa kvinnors religiösa övertygelse, då det enligt islam är en god praxis att uppfylla mannens sexuella behov och har rekommenderats av profeten Muhammed. Kunskapen är begränsad på detta område och specifikt i den sociala och kulturella kontexten (Yang m.fl., 2016).



## Kunskapstörst

Wong m.fl. (2018) belyste att bristen på stöd och heltäckande information om klimakteriet ledde till svårigheter för kvinnor att söka hjälp. För att gradvis förändra det kulturella perspektivet på klimakteriet och sexuell hälsa önskade kvinnorna att omfattande information skulle erbjudas till familjerna innan kvinnorna påbörjade transitionen mot klimakteriet. Detta då kvinnorna framhöll att de själva saknade kunskap i ämnet. Kvinnorna ansåg att vårdgivare borde etablera en rad tjänster för att hantera klimakteriet, inklusive utbildningsseminarier, sexterapi och familjerådgivning, för att förebygga och lösa äktenskapliga konflikter. Några medverkande i studien föreslog att medelålders kvinnor skulle få ekonomiskt bidrag till regelbundna hälsokontroller, konsultationer eller rådgivning, eftersom detta skulle uppmuntra och förbättra kvinnors förmåga att söka hjälp från professionella vårdinstanser.

Det ansågs viktigt att ge utbildning och rådgivning, för att uppmuntra till kritiska diskussioner om aktuella sociokulturella normer och att skapa en miljö som skulle möjliggöra för både män och kvinnor att anta en hälsosam och lycklig livsstil. I Iran var det förbjudet att diskutera sexuella frågor utanför äktenskapet och blyghet relaterad till detta ämne hindrade par från att prata om sex, det var därför svårt för par att söka hjälp (Javadivala m.fl., 2017.) Risk och framgångsfaktorer förknippade med sexuell aktivitet hos kvinnor i klimakteriet var komplexa, vilket indikerade att ett personcentrerat tillvägagångssätt med fokus på den enskilda individen krävdes för att förbättra sexuell aktivitet (Smith m.fl., 2017a).

Strategier för att upprätthålla sexuell hälsa i klimakteriet var hormonersättning (HRT), kommunikation med partnern, nya sexuella ställningar, att titta på vuxenfilm samt fysisk aktivitet och träning för att öka livskvaliteten och välbefinnandet under övergångsåren (Yang m.f., 2016; Smith m.fl., 2017a; Smith m.fl., 2017b). Att ha ett aktivt och lyckligt liv beskrevs som en nyckelfaktor till förbättrad sexuell motivation (Javadivala m.fl., 2017). Flera kvinnor antog strategier för att motverka negativ påverkan. Dessa förändringar innefattar företeelser som ett förlängt förspel, pröva nya sexuella ställningar, nya sexuella aktiviteter samt sexuella hjälpmedel som exempelvis vibratorer och/eller glidmedel. Några kvinnor uppgav att emotta oralsex hjälpte i relation till vaginal

torrhet (Thomas m.fl., 2018). Högre familjeinkomst var förknippad med lägre sexuell funktion och mer frekvent torr-sex och även gifta kvinnor hade signifikant lägre sexuell funktion (Smith m.fl., 2017b). Det fanns också evidens för att kvinnor med fysiskt krävande arbete i betydligt högre utsträckning har ett tillfredsställande sexliv även under klimakterieperioden. Dessa kvinnor upplevde avsevärt mer frekvent njutning av sex, passion och tillfredsställelse med sin partner, och hade en signifikant högre sexuell funktion, vilket kan indikera att fysisk belastning kan ha en skyddande effekt för sexuella dysfunktionsproblem eller att både sexuell aktivitet samt att ett fysiskt arbete är vanligare hos kvinnor som är friskare överlag (Smith m.fl., 2017a; Smith m.fl., 2017b).

## Diskussion

### Metoddiskussion

I denna litteraturöversikt presenteras tio vetenskapliga artiklar som legat till grund för resultatet. Cinahl complete och PubMed användes för sökning av artiklar och databaserna valdes för deras innehåll av vetenskapliga artiklar inom vårdvetenskap (Karlsson, 2017). En styrka är att författarna valt en systematisk sökning på samma sätt i två databaser, vilket möjliggör ett bredare utbud. Författarna ville utgå från ett naturligt förlopp av klimakteriet hos kvinnor och valde därför bort kvinnor med underliggande sjukdom, klimakteriet till följd av sjukdom, prematur menopaus och menopaus på grund av kirurgi. Författarna ville inte att egna förutfattade meningar skulle påverka resultatet och gjorde ett medvetet val att inte använda sökord som exempelvis "sexuell dysfunktion". Om sökordet inkluderats hade förmodligen resultatet fått ett annat utfall. Ämnesorden som användes var *Attitude to Sexuality, Climacteric, Menopause, Sexual Behavior, Sexual Health, Sexual Identity* och *Sexuality*. Ämnesorden har kombinerats i två sökblock med OR och sammansatts med AND i sökningen. Vilket ökat bredden på sökningen (Östlundh, 2022), som författarna anser är en styrka.

Avgränsningar som författarna använt i litteraturöversikten är peer-reviewed, publicerade artiklar från år 2010 fram till år 2023, artiklar skrivna på engelska och artiklar som inkluderar enbart kvinnor. Enligt Östlundh (2022) används avgränsningen av årtal med fördel om det saknas intresse för historiska perspektiv. Språkavgränsningen sorterar bort material som publicerats på språk

som inte behärskas av läsaren. Enligt Karolinska institutet Universitetsbiblioteket (2022) finns inte avgränsningen peer-review i PubMed men trots detta är majoriteten av tidskrifterna peer-reviewed. Databaserna gav 590 träffar totalt och författarna gick igenom alla titlar tillsammans, men insåg i efterhand att den booleska operatören NOT kunde ha använts med fördel, då många titlar innehöll postmenopaus, hormonbehandlingar och underliggande sjukdomar som exempelvis cancer. Urvalet av titlar hade minskat men styrkan blir här att författarna säkerställt med hjälp av den mänskliga faktorn att ingen titel gått om miste.

Ursprungligen var syftet att basera resultatet på kvalitativ forskning enkom, men vid närmare analys av resultaten i sökningens artiklar ville författarna ändå tydliggöra hur stor inverkan klimakteriet hade på den sexuella hälsan i ett vidare perspektiv i samhället och globalt. Enligt Friberg (2017) kan användning av flera metoder öka den detaljerade kunskapen och spegla flera aspekter av syftet. I Cinahl complete fann författarna åtta artiklar och i PubMed nio artiklar till resultatet. Sex av artiklarna var dubletter och återfanns i båda databaserna, vilket styrker att författarna använt relevanta sökord. Artiklarna till resultatet har insamlad data från Iran, Kina, Taiwan, Turkiet och USA vilket kan anses som både en styrka och svaghet. Då litteraturöversiktens resultat saknar stora mängder data från Europa och Skandinavien kan det innebära svårigheter att göra den generaliserbar till svensk kontext, men samtidigt en styrka då Sverige är ett mångkulturellt land och resultatet ger betydelsefull kunskap om kulturella och religiösa attityder gällande sexuell hälsa. Statistiska centralbyrån (2023) redovisade att i Sverige lever över 2 miljoner utrikesfödda individer, vilket är 20 procent av befolkningen, år 2022.

Författarna kvalitetsgranskade resultatartiklarna tillsammans som i enlighet med Henricson (2017) ökar resultatets tillförlitlighet eller reliabilitet. Författarna använde sig av olika kvalitetsgranskningsmallar utifrån artikelns valda metod och anser att en omfattande och noggrann kvalitetsgranskning var oerhört givande och de samtal och diskussioner som uppstod i processen gjorde det tydligt att det finns flera sätt att tolka forskning samt att konsensus kan nås med lyhördhet för andras åsikter och tolkningar. Hade kvalitetsgranskning gjorts av enbart en

författare eller utgått från en enda granskningsmall hade det möjligtvis kunnat sett annorlunda ut i betygen men även minskat resultatets trovärdighet eller validitet.

Författarna upplever att detta är positiva erfarenheter och kunskaper som tas med vidare in i yrkeslivet.

Valet av analysmetod är Fribergs (2022) då den utifrån sin struktur kunde besvara syftet. Initialt fanns elva resultatartiklar, men vid analysen föll en artikel bort på grund av svårtolkade data. Författarna analyserade hälften av artiklarna var, där stor möda och noggrannhet lades ner på att skriva nya sammanfattningar, som sedan delgavs och diskuterades av författarna. Detta har givit arbetet en större förståelse och djup för kvinnors sexuella hälsa i samband med klimakteriet vilket anses som en styrka, men detta är en oerhört tidskrävande process som kan tendera att bli överarbetad, vilket kan bli en svaghet i arbetsprocessen. Alla artiklarna som analyserats är författade på engelska, vilket ingen av författarna har som förstahandsspråk och blir således en svaghet.

Författarna har sen tidigare ingen erfarenhet av att göra en litteraturoversikt vilket kan ses som en svaghet som samtidigt varit en givande läroprocess.

Författarprocessen har präglats av ett välfungerande samarbete med daglig kontakt, lyhördhet och ödmjukhet inför varandras tankar och åsikter där gemensamma beslut tagits genom hela arbetsprocessen.

### **Resultatdiskussion**

I resultatet framkom att kvinnors upplevelse av sexuell hälsa i samband med klimakteriet varierar i hög grad och att klimakteriet ger upphov till en rad olika fysiska och psykiska symtom som påverkar den sexuella lusten och drivkraften hos kvinnor. Faktorer som svårighetsgraden av klimakteriesymptom, fysiska och psykiska symtom, relationsstatus, förändrad kroppsuppfattning och självkänsla. Kommunikation med sexpartnern, kunskap kring klimakteriet samt sociokulturella och religiösa kontexten har en avgörande betydelse för den sexuella hälsan, graden av sexuell njutning och livskvaliteten. Bristande information och stöd från både vården och samhället framträder tydligt och detta försvåras ytterligare genom sociokulturella, patriarkala och religiösa strukturer, men också på grund av det tabu som omgärdar den kvinnliga sexualiteten och njutningen.

Klimakteriets påverkan på den sexuella hälsan - individen och samhället  
År 2030 uppskattas 1,2 miljarder kvinnor i världen vara i menopaus eller postmenopaus och denna siffra kommer att öka med 4,7 miljoner kvinnor årligen (Gozuyesil m.fl., 2018). Detta innebär att över en fjärdedel av befolkningen utgörs av kvinnor som påverkas av menopaus eller postmenopaus i någon grad (WHO, 2022). En rapport från Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin i region Stockholm visade resultatet enligt Svedberg m.fl. (2022) att åtta av tio aldrig fått frågor om sitt sexliv eller sexuella hälsa från vården. Utav de som uppgett att de under de senaste tolv månaderna upplevt sexuella problem var det endast cirka var femte person som sökt vård eller hjälp för sina besvär. Utav kvinnorna uppgav mer än varannan kvinna att de under de senaste tolv månaderna upplevt sexuella besvär. Det vanligaste besväret hos kvinnorna var saknaden av intresse för sex. McCool (2016) redovisade att kvinnlig sexuell dysfunktion är ett världsomspännande folkhälsoproblem som påverkar 41 procent av världens kvinnor innan de ens närmast sig klimakteriet. Litteraturöversiktens resultat visar att många kvinnor upplevde att de saknade kunskap om klimakteriet och dess påverkan på livet i allmänhet och sexlivet i synnerhet. I många fall känner kvinnorna inte till att de kan få hjälp för sina menopausala besvär vilket vittnar om stora brister på samhällsnivå, hos vårdgivare samt i utbildningssystemet. Att vi år 2023 inte lyckats tillhandahålla utbildning och information till halva befolkningen kring den naturliga transition som klimakteriet innebär, är en indikation på stora brister och ojämlikhet ur ett samhällsperspektiv. Rindner (2021) beskrev vikten av personcentrerad vård och hur kvinnor söker hjälp och stöd för ett förändrat mående mitt i livet. Ofta uppvisas diffusa besvär som energilöshet, nedstämdhet, humörförändringar och en känsla av otillräcklighet som gör att de inte känner igen sig själva. Inte sällan finns funderingar kopplade till kvinnors naturliga åldrande och brist på kunskap på området. På samma sätt som ungdomar och tonårsflickor får information och samtal i grupp kring vad den pubertala transitionen innebär, skulle även kvinnor i övergångsåldern dra nytta av ett liknande samtalsstöd i samband med klimakteriet. Det uppdrag som Socialstyrelsen (2021) fick av regeringen 2019 som avsåg att kartlägga vård och behandling vid klimakteriebesvär ur perspektivet jämlik vård har resulterat i nya riktlinjer och rekommendationer. Författarna hoppas att detta

är början på en ny era för kvinnor i övergångsåldern - där alla blir hjälpta med personligt anpassad behandling och ett kunnigt bemötande.

Den absoluta majoriteten av kvinnorna som deltog i studierna som arbetet baserats på, delgav att klimakteriet bidragit till sämre sexuell funktion både fysiskt och psykiskt. Hoga m.fl. (2015) understryker att sexualiteten är starkt kopplad till generella hälsobefrämjande faktorer, relationsstatus, sociokulturell bakgrund samt de värden som tillskrivs sexualiteten. Det är tydligt att det är många faktorer som förändras med klimakteriet och dessa ger i sin tur negativa konsekvenser på sexlivet. Dean m.fl. (2013) bekräftar detta genom att belysa hur den allmänna hälsan och välbefinnandet hos kvinnor inverkar på sexualiteten. Ett tillfredsställande sexliv ställer krav på välbefinnande och god hälsa, vilket kanske inte alltid möjliggörs med tanke på de symtom som klimakteriet ger upphov till. Sjuksköterskors ansvar, att i mötet med kvinnor i övergångsåldern ha denna kunskap i åtanke och lyfta relevanta frågor relaterade till sexuell hälsa förbises ofta enligt tidigare studier (Saunamäki & Engström., 2013; Saunamäki m.fl., 2010). Nyare svenska studier (Annerstedt Frid & Glasdam., 2019; Klaeson m.fl., 2016) synliggör dock att samma problem fortfarande kvarstår, då sjuksköterskor inte ser den sexuella hälsan som en prioritet och att området är svårt att ta upp med patienter. Att prata om intimitet och sexualitet är inte alltid helt enkelt och kan upplevas utmanade. Många människor har dock behov av att prata om sexualitet och intimitet men upplever idag bristande initiativ och samtal från vården. Även om svårigheter kan ligga hos vårdpersonalen att tala om sexualitet, så behöver dessa svårigheter överbryggas och göra det möjligt att med känslighet, lyhördhet och respekt för den enskildes integritet, närma sig området (Hulter & Edberg, 2019).

#### Upplevelser av att leva i ett mångkulturellt samhälle

I flertalet kulturer är kvinnor benägna att anpassa sig till patriarkala strukturer och sexuella förpliktelser (Hoga m.fl., 2015). Resultatet visar att kvinnlig sexualitet är ofta tabubelagd och inget man pratar om, än mindre sexuella problem. Utöver detta ställs det i flera kulturer krav på att kvinnor ska tillgodose männens sexuella behov och önskemål och kvinnor beskrev själva att de bär ett ansvar för att tillfredsställa sina män sexuellt. Enligt kapitel 6 § 1 i brottsbalken (SFS 1962:700)

ses ofrivillig sexuell handling som olagligt i Sverige. Enligt Johannisson (2010) så var exempelvis onani klassificerad som sjukdom in på 1930-talet och homosexualiteten ända till 1970-talet. Borttaget Detta ser författarna som en oerhört viktig del att ta fasta på då världen idag är en del av Sverige och vi lever i ett mångkulturellt samhälle dit många kulturer och nationaliteter söker sig. Våra normer och syn på sexualitet formas redan under vår barn- och ungdom. Detta kan förändras med tiden, men det är utifrån samhällsnormen och vad som anses vara acceptabelt och detta kan se olika ut och variera ibland alla samhällen. Det finns många aspekter här för sjuksköterskor att ta hänsyn till, inte bara för att Sverige är mångkulturellt utan även för att våra äldre har vuxit upp i ett dåtida samhälle som kan ha haft en annan syn på sexualitet.

Att synen på sexualitet är komplex, med många aspekter både ur det samhälleliga, kulturella och religiösa perspektivet är framträdande i resultatet. Denna kunskap är extremt värdefull för sjuksköterskor i mötet med alla kvinnor, oavsett bakgrund, för att erbjuda adekvat stöd och hjälp (Åling m.fl., 2021).

Sjuksköterskor behöver även arbeta preventivt med både sexuell hälsa och klimakteriet. Här vill författarna belysa samhällets roll i att utbilda kvinnor om klimakteriet som naturlig del av åldrandet samt att det i samband med övergångsåldern kan påverka den sexuella hälsan. Kvinnor behöver kunskap kring vart de kan vända sig för stöd och hjälp genom en utmanande ofta mångårig och livsförändrande process. Detta tydliggörs av Hoga m.fl. (2015) som menade att vårdgivare spelar en signifikant roll i kvinnors upplevelse av sexuell hälsa i klimakteriet och stöd bör erbjudas för att främja livskvaliteten och kommunikationen med eventuella partners.

#### **Personcentrerad vård, etiska ställningstaganden och värdegrund**

Sjuksköterskors absolut främsta kunskapsområde är omvårdnad och det innebär att skapa en stark, genuin och förtroendeskapande allians med patienten och på så sätt gynna följsamheten i hela vårdprocessen. Ekman och Swedberg (2022) styrker detta och belyser att det medicinska, fysiologiska och biologiska perspektivet ofta är faktorer som vårdpersonal fokuserar på i första hand. Dessa är viktiga aspekter, men för att stärka hälsoprocessen behöver sjuksköterskor genom personcentrerad vård, etablera ett partnerskap med patienten. Författarna ställer sig frågande till

om det verkligen är möjligt att stötta kvinnor fullt ut om vi inte ser helhetsperspektivet och den unika livsvärlden. Borttaget Ekman och Swedberg (2022) menade att lyssnarprocessen och berättelsen utgör fundamentet i partnerskapet. Genom att lyssna på vad personen har att säga kan vi få en förståelse av individen och hennes livsvärld, vilket kan få personen att känna sig respekterad och erkänd. Ekman m.fl. (2011) menade att det är här, i den personcentrerade vården, som fokus flyttas från sjukdom till en person med sjukdom. När personen känner att hennes övertygelser, upplevelser och känslor är viktiga överväganden. Författarna anser att om sjuksköterskor ska kunna stödja kvinnor att ta evidensbaserade val, ansvar kring sin hälsa och hitta sätt att återhämta sig, behöver vi ha insikt i hennes livsvärld. Därför är det viktigt att patientberättelsen får ta plats i hälsoplanen och dokumentationen, då detta skapar ett tydligare sammanhang för patientens livssituation i relation till det särskilda tillståndet. Wallström och Ekman (2018) styrker att detta inte får tillräckligt utrymme i dagens vårdsammanhang.

Den personcentrerade vården kräver också en värdegrund enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016a) som kan ge vägledning och riktlinjer om hur vi ska behandla människor. Värdegrunden för omvårdnad har formulerats av Svensk sjuksköterskeförening (2016b) där det beskrivs att omvårdnad utgår från en humanistisk grundsyn och syftet med värdegrunden är att skapa en gemensam etisk plattform och ett gemensamt etiskt förhållningssätt. De mest grundläggande värdena är respekt för personens sårbarhet, värdighet, integritet och självbestämmande. Genom att se över den egna värdegrunden i relation till patienten, sker reflektion över det etiska förhållningssättet och den egna etiska kompetensen utmanas. Detta ger oss möjlighet till nytänkande på ett fördjupat sätt. Sandman och Kjellström (2018) menade att ur ett etiskt perspektiv, kan patienter uppleva mening, hopp och tillit när värdegrunderna tas hänsyn till. Författarna anser att sjuksköterskor behöver reflektera över sina egna normer, värderingar och förförståelse, då sjuksköterskor inte får vara en bidragande faktor som hämmar arbetet framåt, om det skulle visa sig att sjuksköterskors egna värderingar, normer, föreställningar om sexualitet som tabu, förutfattade meningar om vem som är sexuellt aktiv, riskerar att bli hinder för upprätthållandet av kvinnors sexuella hälsa. Sjuksköterskor behöver förhålla sig till professionens



etiska värdegrund och i relation till den personcentrerade vården, för om vi ska stödja varje person utifrån den unika individen, måste den personcentrerade vården som praktiskt ramverk ha en etisk grund enligt (Ekman, 2022), vilket i enlighet med Ekman och Swedberg (2022) skapar specifika vårdåtgärder för varje enskild individ, som aldrig kommer vara detsamma för en annan person.

Sjuksköterskor har till uppgift att leda och initiera etiska diskussioner i arbetsteamet för att stärka banden och förståelsen mellan disciplinerna för att på så vis bana väg för optimal patientvård och patientsäkerhet (Forsberg, 2016). Författarna upplever att i sjuksköterskors grundutbildning ägnas en allt för liten del åt kvinnlig hälsa generellt, men sexuell hälsa specifikt. Detta bidrar till bristfällig och undermålig kunskap hos kvinnor och vårdgivare. Här finns det mycket arbete att göra, speciellt i ett land som Sverige som länge legat i framkant för jämlikhet och jämställdhet.

## Kliniska implikationer

Viktiga implikationer till vårdgivare i mötet med medelålders kvinnor är att höja kunskapsnivån generellt gällande kvinnors sexualitet, klimakteriet och kvinnors naturliga åldrande. Detta kan exempelvis ske i samtalsgrupper och genom utbildning i primärvårdens regi som Rindner (2021) föreslog, och redovisade att evidens pekar på att det personcentrerade samtalet är det som har störst effekt på kvinnors livskvalitet. Sjuksköterskor och andra vårdgivare har ett ansvar och skyldighet att lyfta frågor om sexuell hälsa och det krävs mod, kunskap och mogenhet att göra så. Att utarbeta standardiserade rutiner kring sexuell hälsa samt klimakteriefrågor, oavsett i vilken del av vården sjuksköterskor arbetar, kan bidra till att skapa en miljö som främjar detta arbete. Till hjälp kan exempelvis Menopaus Rating Scale (MRS) användas och är en validerad självskattningsskala bestående av frågor om fysiska och mentala menopausala symtom. Skalan kan med fördel användas för både utvärdering och uppföljning av symtom under klimakteriet och besvaras av kvinnan själv (Elmström, 2021). De fynd som återfanns i resultatet pekar starkt på att nyckeln till framgång vore att alltid bedöma varje unik individs behov av stöd med hjälp av det personcentrerade förhållningssättet, när förändringar kopplade till klimakteriet uppstår. Sjuksköterskor och andra vårdgivare bör ha kunskap och strategier kring vilka

behandlingar och konkret stöd som står till buds för att stötta den aktuella patientgruppen (Hoga m.fl., 2015). Författarna efterlyser en mångfacetterad förståelse för kvinnors upplevelser av sexualitet och relationer under klimakteriet, då kvinnor som genomgår klimakteriet är mer sårbara för sexuell dysfunktion, vilket påverkar deras fysiska och psykiska välbefinnande och livskvaliteten generellt.

När det gäller den sociokulturella kontexten behöver vårdgivare utveckla lämpliga strategier och metoder för att hantera, informera och utbilda kvinnor i frågor gällande klimakteriet i både kliniska och samhällsliga miljöer, och ge adekvat stöd vägledning för att stödja alla kvinnor, oavsett sexuell tillhörighet, kulturell bakgrund eller religiös övertygelse.

## Förslag fortsatt forskning

Författarna menar att flertalet aspekter av kvinnohälsan är obeforskat område.

Detta är en stark implikation till fler insatser och mer kunskap som främjar kvinnors och flickors hälsa. Sveriges regering i överenskommelser med Sveriges kommuner och regioner har så sent som i januari 2023 beslutat att utveckla vård och omsorg för en mer jämlik vård för kvinnor (Socialdepartementet, 2023).

Författarna anser att mer forskning på kvinnor behövs ur flera perspektiv. Dels för att lindra och bota sjukdom men framför allt för att förstå kvinnors naturliga biologiska processer, endokrin påverkan hos en cyklisk varelse som kvinnan är, och för att kunna ge adekvat stöd när de hormonella nivåerna börjar svikta i samband med klimakteriet. Mer forskning behövs även kring sexuell dysfunktion hos kvinnor för att ge bästa möjliga stöd för att upprätthålla sexuell hälsa genom hela livsspannet. Författarna efterlyser även kvalitativ borttaget skandinavisk och europeisk forskning på klimakteriets påverkan på den sexuella hälsan, för att få en bättre förståelse för kvinnors upplevelser och behov.

## Sammanfattning

Kvinnors upplevelse av sexuell hälsa i samband med klimakteriet varierar i hög grad och klimakteriet ger upphov till en rad olika fysiska och psykiska symtom som påverkar den sexuella lusten och drivkraften hos kvinnor. Faktorer som fysiska och psykiska symtom, relationsstatus, förändrad kroppsuppfattning och

självkänsla, kunskap kring klimakteriet samt den sociokulturella och religiösa kontexten har en avgörande betydelse för den sexuella hälsan, graden av sexuell njutning och livskvaliteten. Bristande information och stöd från både vården, där sjuksköterskor har en viktig roll, och samhället framträder tydligt och detta försvåras ytterligare genom sociokulturella, patriarkala och religiösa strukturer, men också på grund av det tabu som omgärdar den kvinnliga sexualiteten och njutningen.

## Referensförteckning

\*artiklar inkluderade i resultatet

- \*Andac, T., & Aslan, E. (2017). Sexual life of women in the climacterium: A community-based study. *Health Care for Women International*, 38(12), 1344–1355. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1080/07399332.2017.1352588>
- Annerstedt, C. F., & Glasdam, S. (2019). Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health—A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 28(19/20), 3556–3566. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/jocn.14949>
- Arwidson, C., Eriksson, A. (2014). Hälso- och sjukvård till papperslösa och andra utsatta grupper i Sverige. I A. A. Ehrenberg & L. Wallin (Red). *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (2 uppl.). Studentlitteratur.
- \*Bahri, N., Latifnejad Roudsari, R., & Azimi Hashemi, M. (2017). “Adopting self-sacrifice”: how Iranian women cope with the sexual problems during the menopausal transition? An exploratory qualitative study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(3), 180–188. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1080/0167482X.2016.1216962>
- Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M, Powell JA. (2003). Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril*, 79(3), 572-576. doi: [10.1016/s0015-0282\(02\)04695-2](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(02)04695-2)
- Brattberg, A. & Swartling, M. (2017). *Anatomi och sexualfysiologi*. I E. Gahm (red.), *Praktisk sexualmedicin* (s. 65-84). Studentlitteratur.
- Dabrowska, J., Dabrowska-Galas, M. & Michalski Prof, B. (2019). Sexual dysfunction in menopausal women. *Sexual Medicine*, 7(4), 472-479. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.06.010>
- Dean, J., Shechter, A., Vertkin, A., Weiss, P., Yaman, O., Hodik, M., & Ginovker, A. (2013). Sexual Health and Overall Wellness (SHOW) survey in men and women in selected European and Middle Eastern countries. *Journal of International Medical Research*, 41(2), 482-492. doi: [10.1177/0300060513476429](https://doi.org/10.1177/0300060513476429)
- Ekman, I. (2022). Practising the ethics of person-centred care balancing ethical conviction and moral obligations. *Nursing Philosophy*, 23(3), e12382. doi: [10.1111/nup.12382](https://doi.org/10.1111/nup.12382)
- Ekman, I. & Swedberg, K. (2022). Person-Centred Care, Theory, Operationalisation and Effects. I D. Kriksciuniene & V. Sakalauskas (Red.), *Intelligent Systems for Sustainable Person-Centered Healthcare* (s. 23-31). Springer.

- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Elmström, E. (2021). Klimakteriet handbok för vårdgivare. Gothia Kompetens.
- Fennell, R., & Grant, B. (2019). Discussing sexuality in health care: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 28(17/18), 3065–3076. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/jocn.14900>
- Folkhälsomyndigheten. (2020). Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Hämtad 25 januari, 2023, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0d489b0821164e949c03e6e2a3a7e6cc/nationell-strategi-sexuell-reproduktiv-halsa-rattigheter.pdf>
- Forsberg, A. (2016). Omvårdnad på akademisk grund: Att utvecklas och ta ansvar. Natur & Kultur.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning (4 uppl.). Natur och Kultur.
- Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (4 uppl., s. 185–198). Studentlitteratur.
- Gozyesil, E., Gokyildiz Surucu, S., & Alan, S. (2018). Sexual function and quality-of-life-related problems during the menopausal period. *Journal of Health Psychology*, 23(14), 1769–1780. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1177/1359105317742194>
- Heidari, M., Ghodusi, M., Rezaei, P., Kabirian, A, S., Sureshjani, EH., & Sheikhi, RA. (2019). Sexual Function and Factors Affecting Menopause: A Systematic Review. *J Menopausal Med*, 25(1), 15–27. doi:[10.6118/jmm.2019.25.1.15](https://doi.org/10.6118/jmm.2019.25.1.15)
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 411–420). Studentlitteratur.
- Hoga, L., Rodolpho, J., Gonçalves, B., & Quirino, B. (2015). Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. *JBIS Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 13(8), 250–337. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.11124/jbisrir-2015-1948>
- Hulter, B. & Edberg, A.-K. (2019). Sexuell hälsa. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.) *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (3. Uppl., s. 93–117). Studentlitteratur.
- \*Javadivala, Z., Merghati-Khoei, E., Underwood, C., Mirghafourvand, M., & Allahverdipour, H. (2018). Sexual motivations during the menopausal transition among Iranian women: a qualitative inquiry. *BMC Women's*

- Health, 18(1), N.PAG. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1186/s12905-018-0684-z>
- Johannisson, K. (2010). Sexualiteten i historien. I P. O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (red.) Sexologi (3 uppl., s. 124-131). Liber.
- Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad (2 uppl., s. 81–96). Studentlitteratur.
- Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket. (4 oktober 2022). Är artikeln peer reviewed. Karolinska Institutet. <https://kib.ki.se/soka-vardera/vardera-information/ar-artikeln-peer-reviewed>
- Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H., & Kjellsdotter, A. (2016). Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses’ experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11–12), 1545–1554. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/jocn.13454>
- \*Kong, F., Wang, J., Zhang, C., Feng, X., Zhang, L., & Zang, H. (2019). Assessment of sexual activity and menopausal symptoms in middle-aged Chinese women using the Menopause Rating Scale. *Climacteric*, 22(4), 370–376. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1080/13697137.2018.1547702>
- Lewin, B. (2010). Sexualiteten som social konstruktion. I P. O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (red.) Sexologi (3 uppl., s. 115-123). Liber.
- Marie Cederschiöld högskola. (9 mars 2023). Söktips och sökprinciper. <https://www.mchs.se/bibliotek/soka/soktips-och-sokprinciper.html>
- McCool, M.E., Zuelke, A., Theurich, M.A., Knuettel, H., Ricci, C., & Apfelbacher, C. (2016). Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Sex Med Rev*, 4(3), 197–212. doi: [10.1016/j.sxmr.2016.03.002](https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.03.002)
- Morrison, L. A., Brown, D. E., Sievert, L. L., Reza, A., Rahberg, N., Mills, P., & Goodloe, A. (2014). Voices From the Hilo Women’s Health Study: Talking Story About Menopause. *Health Care for Women International*, 35(5), 529–548. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1080/07399332.2013.829067>
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad (2 uppl., s. 421–438). Studentlitteratur.
- Nilsson Schönnesson, L. (2010). Sexologi och etik. I P. O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (red.) Sexologi (3 uppl., s. 445-449). Liber.
- 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. [Doktorsavhandling, Göteborgs universitet]. Göteborgs universitetsbibliotek GUPEA. <http://hdl.handle.net/2077/67648>
- Rogers, C. R. (1995). *A way of being*. Houghton Mifflin.

- de Salis, I., Owen-Smith, A., Donovan, J. L., & Lawlor, D. A. (2018). Experiencing menopause in the UK: The interrelated narratives of normality, distress, and transformation. *Journal of women & aging*, 30(6), 520–540. <https://doi.org/10.1080/08952841.2018.1396783>
- Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. (2. uppl.). Studentlitteratur.
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *J Adv Nurs*, 66(6), 1308–1316. doi: [10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x)
- Saunamäki, N., & Engström, M. (2014) Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *J Clin Nurs*, 23(3–4), 531–540. doi: [10.1111/jocn.12155](https://doi.org/10.1111/jocn.12155)
- SBU. (2020) *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Hämtad 29 januari, 2023, från <http://www.sbu.se/metodbok>
- Scavello, I., Maseroli, E., Di Stasi, V., & Vignozzi, L. (2019). Sexual Health in Menopause. *Medicina*, 55(9), 559. <https://doi.org/10.3390/medicina55090559>
- Segesten, K. (2022). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (4 uppl., s. 65–78). Studentlitteratur.
- SFS 1962:700. Brottsbalken. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700\\_sfs-1962-700#K6](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700_sfs-1962-700#K6)
- Skoog, I. (2010). Sexualitet hos äldre. I P. O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (red.) *Sexologi* (3 uppl., s. 101-112). Liber.
- \*Smith, R. L., Gallicchio, L., & Flaws, J. A. (2017). Factors Affecting Sexual Activity in Midlife Women: Results from the Midlife Health Study. *Journal of women's health* (2002), 26(2), 103–108. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5881>
- \*Smith, R. L., Gallicchio, L., & Flaws, J. A. (2017). Factors Affecting Sexual Function in Midlife Women: Results from the Midlife Women's Health Study. *Journal of women's health* (2002), 26(9), 923–932. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6135>
- Socialdepartementet. (2 februari, 2023) *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2023 - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/contentassets/fc6d14931182489c968e1b25ba93b40c/overenskommelse-mellan-staten-och-sveriges-kommuner-och-regioner-om-området-forlossningsvard-och-kvinnors-halsa.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021). *Vanligt med klimakteriebesvär – men information och kunskap brister*. Hämtad 6 december, 2022, från



<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/vanligt-med-klimakteriebesvar--men-information-och-kunskap-brister/>

- Statistiska centralbyrån. (2023). Utrikes födda i Sverige. Hämtad 2 mars, 2023, från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/utrikes-fodda-i-sverige/#utrikes-fodda-over-tid>
- Svedberg, E., Zamore Söderström, E., & Kosidou, K. (2022). Sexuell hälsa och sexuell utsatthet i Stockholms län. Självrapporterade data från befolkningsundersökningen SRHR2017. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm. Rapport 2022:8. Hämtad 20 mars, 2023, från <https://www.ces.regionstockholm.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/rapport-2022.8-sexuell-halsa-och-sexuell-utsatthet-i-stockholms-lan.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). Personcentrerad vård. Hämtad 17 februari, 2023, från <https://swenurse.se/download/18.21c1e38d1759774592615393/1605100833382/Personcentrerad%20v%C3%A5rd.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). Värdegrund för omvårdnad. (1. rev. uppl.). Hämtad 13 mars, 2023, från <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062314be/1584005152878/v%C3%A4rdegrund%20f%C3%B6r%20omv%C3%A5rdnad%20reviderad%202016.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska. Hämtad 1 februari, 2023, från <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2022). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 1 februari, 2023, från <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>
- Sveriges riksdag. (uå). Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Hämtad 6 december, 2022, från <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som-sfs-2003-460>
- Sundbeck, M. (2013). Sexuell hälsa i vården: en metodbok för sjuksköterskor. Studentlitteratur.
- \*Thomas, H. N., Hamm, M., Hess, R., & Thurston, R. C. (2018). Changes in sexual function among midlife women: “I’m older... and I’m wiser.” *Menopause* (10723714), 25(3), 286–292. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1097/GME.0000000000000988>



- Vetenskapsrådet. (2017). God forskningssed. Hämtad 6 december, 2022, från [https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed\\_VR\\_2017.pdf](https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf)
- \*von Hippel, C., Adhia, A., Rosenberg, S., Austin, S. B., Partridge, A., & Tamimi, R. (2019). Sexual Function among Women in Midlife: Findings from the Nurses' Health Study II. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 29(4), 291–298. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.04.006>
- Wallström, S., & Ekman, I. (2018). Person-centred care in clinical assessment. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 17(7):576–579. doi: [10.1177/1474515118758139](https://doi.org/10.1177/1474515118758139)
- \*Wong, E. L. Y., Fenwei Huang, Cheung, A. W. L., & Wong, C. K. M. (2018). The impact of menopause on the sexual health of Chinese Cantonese women: A mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 74(7), 1672–1684. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/jan.13568>
- World Health Organization (2022). Menopause. Hämtad 7 december, 2022, från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
- \*Yang, C., Kenney, N. J., Chang, T., & Chang, S. (2016). Sex life and role identity in Taiwanese women during menopause: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 72(4), 770–781. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/jan.12866>
- Åling, M., Lindgren, A., Löfall, H., & Okenwa-Emegwa, L. (2021). A Scoping Review to Identify Barriers and Enabling Factors for Nurse–Patient Discussions on Sexuality and Sexual Health. *Nursing Reports*, 11(2), 253–266. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.3390/nursrep11020025>
- Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (4 uppl., s. 79–109). Studentlitteratur

## Sökmatris

Databas	Sökblock Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL 2023-01-25	(MH "Menopause") OR (MH "Climacteric") AND (MH "Sexual Health") OR (MH "Attitude to Sexuality") OR (MH "Sexual Identity") OR (MH "Sexuality")	147	Peer Reviewed 20100101 – 20221231 Engelska Female	23	15	Andac, T. 2017 Gozuyesil, E. 2018 Javadijala, Z. 2018 Wong, E. L. Y. 2018 Yang, C. 2016
PubMed 2023-02-02	((“Sexuality” [Mesh]) OR “Sexual Behavior” [Mesh]) OR “Sexual Health” [Mesh]) AND ((“Climacteric” [Mesh]) OR “Menopause” [Mesh])	443	20100101 – 20221231 Engelska Female	42	19	Bahri, N. 2017 Kong, F. 2019 Smith, R. L. 2017 Smith, R. L. 2017 Thomas, H. N. 2018 Von Hippel, C. 2019

## Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Andac, T., & Aslan, E.	Sexual life of women in the climacterium: A communitybased study.	2017, Turkiet, Health Care for Women International .	Studien genomfördes för att fastställa sexuella funktioner hos kvinnor i klimakteriet och effekter av klimakteriebesvär på sexuella funktioner.	<p><b>Metod:</b> Kvantitativ tvärsnittsstudie.</p> <p><b>Urval:</b> 282 kvinnor i åldern 45–65 år.</p> <p><b>Datainsamling:</b> Insamlingen skedde genom intervju där frågeformulär användes.</p> <p><b>Analys:</b> Beskrivande statistisk.</p>	<p>Resultatet redovisade att MRS visade att av alla kvinnor upplevde 48 procent milda symtom, 22 procent upplevde måttliga symtom, 22 procent upplevde svåra symtom, 2 procent upplevde mycket svåra symtom och 7 procent upplevde inga symtom.</p> <p>79 procent av kvinnorna fick poäng för FSFI under gränsvärdet och hade sexuell dysfunktion. Av alla kvinnor, hade 31 procent förändringar i sexuell lust, 31 procent hade smärta, 27 procent hade orgasmproblem, 25 procent hade problem med vaginal torrhet och 24 procent hade problem med upphetsning.</p> <p>Enligt FSFI-resultaten hade 56 procent av alla kvinnor dåliga sexuella funktioner, 33 procent hade måttliga sexuella funktioner och 11 procent hade goda sexuella funktioner.</p> <p>Studien visade på att när klimakteriebesvär ökade, minskade den sexuella funktionen, det fanns inget samband mellan somatiska och psykologiska besvär, och mellan psykologiska besvär och tillfredsställelse. Psykologiska besvär åtföljdes av problem med vaginal</p>	Hög

					torrhet, upphetsning, förlust av orgasm och ökad smärta.	
Bahri, N., Latifnejad Roudsari, R., & Azimi Hashemi, M.	“Adopting self-sacrifice”: how Iranian women cope with the sexual problems during the menopausal transition? An exploratory qualitative study.	2017, Iran, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.	Studien syftade till att utforska sätten att hantera sexuella dysfunktioner under klimakteriet bland iranska kvinnor.	<b>Metod:</b> Kvalitativ metod. <b>Urval:</b> 21 iranska kvinnor i åldern 42–55 år. <b>Datansamling:</b> Individuella intervjuer. <b>Analys:</b> Innehållsanalys.	Resultatets övergripande tema var “Anta självupppoffring” bestående tre kategorier: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Konfrontera minskad lust. Majoriteten utav kvinnorna upplevde en viss grad av nedgång i sin libido.</li> <li>– Hitta strategier för hantering. Rädslan inför det som kan ske under klimakteriet, lede till att kvinnorna sökte efter sätt att hantera problemet. Även om flera utav deltagare inte hade någon erfarenhet av sexuella problem ännu, letade de efter alternativa strategier år före klimakteriet.</li> <li>– Skapa strategier för problemlösning. Det sista steget i hanteringen av sexuella problem under klimakteriet är att uppnå en problemlösningstrategi. Strategierna som kvinnorna använde var lydnad i den sexuella relationen, baserat på religiösa råd ge kärlek och tillgivenhet och vissa gav även upp sina rättigheter för att nå ömsesidig förståelse.</li> </ul>	Hög
Javadivala, Z., Merghati-Khoei, E., Underwood, C., Mirghafourvand, M., &	Sexual motivations during the menopausal transition among Iranian women: a	2018, Iran, BMC Women’s Health.	Studien genomfördes för att undersöka hur kvinnor tilldelar mening och bearbetar sexuell motivation under klimakteriet.	<b>Metod:</b> Kvalitativ metod. <b>Urval:</b> 22 gifta kvinnor i åldern 44–59 år gamla som besökt	Resultatet lyfte fram fyra övergripande teman: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Minskad sexuell kapacitet till följd av klimakteriet och till dess relaterade problem.</li> <li>– Brist på intim koppling, så som minskad fysisk och emotionell intimitet, bristande kommunikation i parrelationen och brist på romantik.</li> </ul>	Hög

Allahverdipour, H.	qualitative inquiry.			<p>vårdgivare i staden Tabriz i norra Iran.</p> <p><b>Datansamling:</b></p> <p>Data samlades in genom personliga intervjuer som spelades in och transkriberades ordagrant i sin helhet.</p> <p><b>Analys:</b></p> <p>Innehållsanalys.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sociokulturella perspektiv i relation till sexualitet samt i roller som exempelvis föräldrarollen.</li> <li>– En känsla av ungdomlighet och att kunna leva ett hälsosamt och aktivt liv samt bibehålla sin fysiska attraktionskraft.</li> </ul>	
Kong, F., Wang, J., Zhang, C., Feng, X., Zhang, L., & Zang, H.	Assessment of sexual activity and menopausal symptoms in middle-aged Chinese women using the Menopause Rating Scale.	2019, Kina, Climacteric.	Studien syftade till att bedöma sexuell aktivitet och klimakteriebesvär hos medelålders kinesiska kvinnor och att korrelera detta med deras vaginal mognadsstatus (VMS).	<p><b>Metod:</b></p> <p>Kvantitativ tvärsnittsstudie.</p> <p><b>Urval:</b></p> <p>120 kvinnor i åldern 45–60 år gamla. 70 stycken av dessa kvinnor valdes slumpmässigt ut för utvärdering av VMS.</p> <p><b>Datansamling:</b></p> <p>Insamlingen skedde genom intervju där ett allmänt frågeformulär användes.</p> <p><b>Analys:</b></p>	<p>Resultatet visade att 97 procent av kvinnorna upplevde någon form av menopausala symtom. Utav kvinnorna upplevde 59 procent minst ett symtom som allvarligt eller mycket allvarligt. Det symtom som var vanligast bland de allvarliga eller mycket allvarligt var värmevallningar/svettningar.</p> <p>MRS-poängen visade på att kvinnorna i perimenopausala perioden hade en högre medelpoäng än de rastrenderande.</p> <p>Låg sexuell frekvens var det högst bland sena postmenopausala kvinnor men 48 procent.</p> <p>Upplevd sexuell ångest var högst bland perimenopausala kvinnor med 24 procent.</p> <p>VMI visade på att de pre- och perimenopausala kvinnorna hade 79 procent hög grad av östrogen effekten och 11 procent en mild grad. I den sena postmenopausala gruppen hade 43 procent en mild</p>	Medel

				Beskrivande statistik.	grad och endast 36 procent en hög grad av östrogen effekten.	
Smith, R. L., Gallicchio, L., & Flaws, J. A.	Factors Affecting Sexual Activity in Midlife Women: Results from the Midlife Health Study.	2017, USA, Journal of women's health (2002).	Studien syftade till att identifiera faktorer som påverkar sexuell aktivitet under klimakteriet.	<p><b>Metod:</b> Kvantitativ kohortstudie.</p> <p><b>Urval:</b> Inklusionskriterierna var kvinnor i åldern 45–54 år gamla. Vara i pre- eller perimenopausala tillstånd och ha intakta äggstockar samt livmoder.</p> <p><b>Datansamling:</b> Frågeformulär användes.</p> <p><b>Analys:</b> Logistisk regressionsanalys.</p>	Resultatet påvisade ett samband mellan de kvinnor som levde ihop med en partner, hade mindre måttliga värmevallningar och upplevd livskvalitet hade ökad chans till sexuell aktivitet. Studien visade även på att de kvinnor som hade mindre risk att drabbas av sexuella svårigheter hade högre nivåer östrogen och ett mer fysiskt arbete.	Hög
Smith, R. L., Gallicchio, L., & Flaws, J. A.	Factors Affecting Sexual Function in Midlife Women: Results from the Midlife Health Study.	2017, USA, Journal of women's health (2002).	Studien syftade till att uppskatta betydelsen av ett antal riskfaktorer för sexuell dysfunktion bland sexuellt aktiva	<p><b>Metod:</b> Kvantitativ kohortstudie.</p> <p><b>Urval:</b></p>	Resultatet visade att kvinnor med fysiskt tungt arbete uppgav en högre grad av tillfredsställelse, njutning och passion. Högre familjeinkomst samt kvinnor som ingick i en äktenskaplig relation förknippades med en lägre sexuell funktion och högre grad av vaginal torrhet.	Hög

	Women's Health Study.		kvinnor under klimakteriet.	780 kvinnor undersöktes årligen under sju års tid. <b>Datainsamling:</b> Frågeformulär användes. <b>Analys:</b> Logistisk regressionsanalys.		
Thomas, H. N., Hamm, M., Hess, R., & Thurston, R. C.	Changes in sexual function among midlife women: "I'm older... and I'm wiser."	2018, USA, Menopause.	Studien syftade till att få bättre förståelse för kvinnors upplevelser i mitten av livet av förändringar i sexuell funktion med åldrande.	<b>Metod:</b> Kvalitativ metod. <b>Urval:</b> 39 kvinnor i åldern 45–60 år. <b>Datainsamling:</b> Individuella semistrukturerade intervjuer samt fokusgrupper. <b>Analys:</b> Tematisk innehållsanalys.	Resultatet visade både positiva och negativa aspekter kopplat till sexuell funktion. De mest frekventa negativa problemen uppgavs var minskad libido, vaginal torrhet, minskad sexuell frekvens samt svårighet att uppnå orgasm. Kvinnorna tillskriver klimakteriet en generellt negativ inverkan på sexlivet där faktorer som stress och relationella svårigheter spelade en signifikant roll. Dessa negativa förändringar bemöttes ofta genom anpassningar, förändrat sexuellt beteende och genom att prioritera andra aspekter av sex. De positiva förändringarna var ökad självkänedom och självförtroende samt bättre kommunikationsförmåga.	Hög
von Hippel, C., Adhia, A., Rosenberg, S., Austin, S.	Sexual Function among Women in	2019, USA,	Studien syftade till att bedöma förekomsten av nyligen genomförda	<b>Metod:</b> Kvantitativ tvärsnittsstudie	Resultatet visade att 73 procent var sexuellt aktiva. Av dessa uppgav 50 procent symtom på sexuell dysfunktion. 71 procent uppgav att deras hälsostatus var excellent eller väldigt bra. 73 procent var sexuellt	Hög

B., Partridge, A., Tamimi, R.	Midlife: Findings from the Nurses' Health Study II.	Women's Health Issues.	sexuell aktivitet och sexuella dysfunktionssymtom bland medelålders kvinnor och utvärdera sambanden mellan partnerstatus, klimakteriet och hälsotillståndsfaktorer med sexuell dysfunktion.	<p><b>Urval:</b> 68 131 kvinnor i åldern 48–68 år.</p> <p><b>Datainsamling:</b> Frågeformulär.</p> <p><b>Analys:</b> multivariabla regressionsmodeller</p>	<p>aktiva och utav dessa hade 88 procent partner. Av sexuellt inaktiva kvinnor saknade 57 procent partner.</p> <p>Signifikanta skillnader mellan lust och tillfredsställelse kunde tolkas i resultatet. 41 procent av de sexuellt aktiva kvinnorna rapporterade medel till hög nivå av lust/kåthet medan motsvarande utgjordes av 12 procent av de sexuellt inaktiva kvinnorna. 76 procent tillfredsställelse hos de aktiva och 54 procent tillfredsställelse hos de inaktiva. 50 procent av de sexuellt aktiva kvinnorna rapporterade symtom på sexuell dysfunktion.</p>	
Wong, E. L. Y., Fenwei Huang, Cheung, A. W. L., & Wong, C. K. M.	The impact of menopause on the sexual health of Chinese Cantonese women: A mixed methods study.	2018, Kina, Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.).	Studien undersökte klimakteriets inverkan på sexuell hälsa och äktenskapliga relationer, de associerade faktorerna och det stöd som behövs bland medelålders och äldre kvinnor.	<p><b>Metod:</b> Mixad metod, tvärsnittsstudie och individuella djupintervjuer.</p> <p><b>Urval:</b> Kvinnor i åldern 40 år och äldre. Pratade kantonesiska.</p> <p>I den kvantitativa delen deltog 540 kvinnor med en medelålder på 55 år.</p> <p><b>Datainsamling:</b> <b>Kvantitativa</b> insamlingen skedde genom intervju där</p>	<p>Resultatet visade att prevalensen av sexuell dysfunktion i undersökningsgruppen var 85 procent för de övergripande respondenterna respektive 91 procent för de postmenopausala kvinnorna. Depression visade sig vara en stark faktor kopplad till sexuell dysfunktion.</p> <p>Kvalitativa data visar att menopaus har en negativ inverkan på kvinnors sexuella hälsa. Vaginal torrhet och låg sexlust rapporterades samt en önskan om större familjeförståelse, ekonomiskt stöd och kunskap uttrycktes.</p>	<p>Kvantitativ Medel</p> <p>Kvalitativ Hög</p>



				<p>frågeformulär användes.</p> <p><b>Kvalitativa</b> insamlingen skedde genom individuella djupintervjuer.</p> <p><b>Analys:</b> Analytisk statistik och tematisk innehållsanalys.</p>		
Yang, C., Kenney, N. J., Chang, T., & Chang, S.	Sex life and role identity in Taiwanese women during menopause: a qualitative study.	2016, Taiwan, Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.).	Studien syftade till att undersöka taiwanesiska kvinnors perspektiv på hur klimakteriet påverkade deras sexuella beteende för att få en djupgående förståelse för deras upplevelser under denna övergång.	<p><b>Metod:</b> Kvalitativ metod.</p> <p><b>Urval:</b> 18 stycken kvinnor, 45–60 år gamla, uppvisade menopausala symtom, hade en sexpartner samt behärskade kinesiska eller taiwanesiska språket.</p> <p><b>Datainsamling:</b> Data samlades in mellan år 2011–2012 genom personliga intervjuer med öppna frågor.</p>	<p>Resultatet redovisade fyra teman identifierades kring klimakteriets inverkan på kvinnors sexliv:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Förändringar i den sexuella responsen under sex.</li> <li>– Acceptans/ icke acceptans av den nyuppkomna situationen.</li> <li>– En känsla av press i relation till sin äktenskapliga roll</li> <li>– Ansträngningar för att förbättra det sexuella intresset och sexuell aktivitet.</li> </ul> <p>De fysiska förändringarna i samband med menopaus beskrevs i många fall som hinder för sexuell interaktion. Dessa hanteras på olika sätt som exempelvis genom att undvika samlag, eller genom förändrade sexuella beteenden eller hormonbehandling.</p>	Hög

				<b>Analys:</b> Innehållsanalys.		
--	--	--	--	------------------------------------	--	--

## Kvalitetsgranskningsmall – Kvalitativ ansats

### Kvalitetsgranskningsmall – Kvalitativ ansats

(Forsberg & Wengström, 2016)

1. Vad är syftet med studien och vilken metod har använts?

\_\_\_\_\_

2. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?

- JA
- NEJ

3. Är urvalskriterierna för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? Är inklusions och exklusionskriterier beskrivna.

- JA
- NEJ

4. Är undersökningsgruppen beskriven och lämplig?

- JA
- NEJ

7. Är analys och tolkning av resultatet diskuterade?

- JA
- NEJ

8. Är resultaten trovärdiga?

- JA
- NEJ

9. Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskningens trovärdighet)

- JA
- NEJ

10. Finns stabilitet och överensstämmelse, är fenomenet konsekvent beskrivet?

- JA
- NEJ

11. Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?

- JA
- NEJ

14. Stödjer insamlade data forskningens resultat?

- JA
- NEJ

15. Har resultaten klinisk relevans?

- JA
- NEJ

16. Diskuteras metodologiska brister och risken för bias?

- JA
- NEJ

17. Är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

- JA
- NEJ

18. Finns det någon risk för bias?

- JA
- NEJ

5. Metod av datainsamling, är fältarbetet tydligt beskrivet?

- JA *Vilken urvalsmetod:* \_\_\_\_\_
- NEJ

6. Är data systematiskt insamlade, finns intervjuguide/studieprotokoll?

- JA
- NEJ

12. Är teorier och tolkningar som presenterats baserade på insamlade data?

- JA
- NEJ

13. Kan resultatet återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?

- JA
- NEJ

19. Håller du med om slutsatserna i artikeln?

- Om JA *varför:* \_\_\_\_\_
- Om NEJ *varför:* \_\_\_\_\_

## Kvalitetsgranskningsmall – Kvantitativ ansats

### Kvalitetsgranskningsmall – kvantitativa ansatser.

(Forsberg & Wengström, 2016)

1. Vad är syftet med studien?

\_\_\_\_\_

2. Är frågeställningarna tydligt beskrivna?

- JA
- NEJ

3. Är designen lämplig utifrån syftet?

- JA
- NEJ

4. Är undersökningsgruppen representativ?

- JA
- NEJ

5. Framgår var undersökningen genomfördes?

- JA
- NEJ

6. Framgår hur många deltagare som inkluderades i undersökningen?

- JA
- NEJ

7. Framgår det vilka inklusions och exklusionskriterier som tillämpades?

- JA
- NEJ

8. Framgår det vilken urvalsmetod som användes?

- JA *Vilken:* \_\_\_\_\_
- NEJ

9. Framgår det vilka mätmetoder som användes?

- JA *Vilken:* \_\_\_\_\_
- NEJ

10. Är validiteten diskuterad?

- JA
- NEJ

11. Är bortfallet presenterat i studien?

- JA
- NEJ

12. Var den statistiska analysen lämplig?

- JA
- NEJ Varför: \_\_\_\_\_

13. Vilka var huvudresultaten?

\_\_\_\_\_

14. Erhölls signifikanta skillnader?

- JA *Vilka variabler:* \_\_\_\_\_
- NEJ

15. Är slutsatsen relevant?

- JA
- NEJ

16. Kan resultaten generaliseras till en annan population?

- JA
- NEJ

17. Kan resultaten ha klinisk betydelse?

- JA
- NEJ

