

Barnmorskors uppfattningar om kvinnors behov i klimakteriet

Midwife´s conception of women´s needs in menopause

Examensarbete inom huvudområdet
Reproduktiv, Perinatal och Sexuell hälsa

Avancerad nivå
15 högskolepoäng
Vårtermin 2015

Författare: Mirja Kumpula Back
Rondik Mohamad

Handledare: Elisabeth Hertfelt-Wahn
Stina Thorstensson

Examinator: Anette Ekström

Förord

Tack till de barnmorskor som ställde upp som informanter till studien, ni delade med er värdefull kunskap. Vi vill även tacka våra studiekamrater som gav respons på arbetet under studiens gång, så att vi hamnade på rätt köl när vi kände oss vilsna. Vi tackar också våra handledare Elisabeth Hertfelt Wahn och Stina Thorstensson, som tålmodigt väglett oss.

Sammanfattning

Titel: Barnmorskors uppfattningar av kvinnors behov i klimakteriet

Författare: Mirja Back & Rondik Mohamad

Institution: Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa, RP720A, 15 högskolepoäng

Handledare: Stina Thorstensson och Elisabeth Hertfelt

Examinator:

Sidor: 23

Månad och år: maj 2015

Nyckelord: klimakteriet, menopaus, uppfattningar, barnmorska

Bakgrund: Klimakteriet är en del av det naturliga åldrandet hos kvinnor och kopplat till många fysiska och även psykologiska förändringar. Klimakteriet och dess symtom upplevs olika av varje kvinna. Det ingår i barnmorskans kompetensområde att ha kunskap om klimakteriet och de besvär som kan uppkomma i samband med detta samt att kunna ge klimakterierådgivning. Klimakteriet kan ses ur olika perspektiv och barnmorskor bör kunna ge rådgivningen utifrån ett holistiskt perspektiv. **Syfte:** Att beskriva barnmorskors uppfattningar av kvinnors behov i klimakteriet och hur de bemöter dessa behov. **Metod:** En kvalitativ fenomenografisk metod har använts. **Resultat:** Studien resulterade i två huvudkategorier och nio underkategorier. Huvudkategorin *Rådgivning* resulterade i *De fysiska omställningarna*, *Sexualitet*, *De psykiska omställningarna*, *Att få tala med en barnmorska*, *Att undervisa om kroppen och egenvård*, *Att bli sedd och hörd* och *Hormonterapi*. Huvudkategorin *Hinder i tillmötesgåendet av kvinnans behov* resulterade i underkategorierna *Att få tiden att räcka till* och *Mer utbildning*. **Konklusion:** Barnmorskorna beskrev ofta kvinnornas behov utifrån ett holistiskt perspektiv men hade svårigheter med att möta behoven, då de saknade verktygen och utbildningen för att göra det.

Abstract

Title: Midwife's conception of women's needs in the menopause

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Thesis in Reproductive, perinatal and sexual Health, 15 ECTS

Author: Mirja Back & Rondik Mohamad

Supervisor: Stina Thorstensson and Elisabeth Hertfelt Wahn

Examiner:

Pages: 23

Month and year: may 2015

Keywords: climacterium, menopause, conception, midwife

Background: Menopause is a part of the natural aging process women go through, it is linked to both physical and psychological changes. It is part of the midwife's competence to have knowledge about menopause, its symptoms, and the problems that may arise in connection with this and to be able to give women advice and help them throughout the menopause. Menopause can be viewed from different perspectives and the midwives should have the competence to give advice based on a holistic perspective. **Aim:** To describe midwives' conception of women's needs in menopause, and how they respond to those needs. **Method:** A qualitative phenomenographic method has been used. **Results:** The study resulted in two main categories and nine sub categories. The main category *Counseling* resulted in subcategories *The physical changeovers*, *Sexuality*, *The psychological changeovers*, *To speak to a midwife*, *Teaching about the body and self-care*, *to be seen and heard* and *hormone therapy*. The main category *Obstacles in attending to the woman's needs* resulted in two subcategories *To have enough time* and *more education*. **Conclusion:** Most of the midwives expressed a holistic perspective of the menopause but they lacked the tools and education to meet those needs.

Definitioner och terminologi

Perimenopaus:	under menopaus
Postmenopaus:	efter menopaus
Inhibin:	ett protein som bildas i äggsockar och testiklar, hämmar insöndringen av FSH.
FSH :	follikelstimulerande hormon från hypofysens framlob, stimulerar hos kvinnor produktionen av östrogen.
LH :	lutein hormon från hypofysens framlob, utlöser hos kvinnor ägglossningen och utveckling av gulkroppen.
GnRH:	gonadotropinfrisättande hormon som bildas i hypotalamus och stimulerar syntes och utsöndring av FSH och LH.
Follikel:	äggblåsa i äggstocken
Empowerment:	stödja, delta i beslutsprocesser, lära in och konsultera.
Amenorrhé:	utebliven mens.
Anoovulation:	avsaknad av ägglossning.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Klimakteriet	1
Fysiologiska förändringar	1
Symtom	2
Kvinnors upplevelse av klimakteriet	3
Kulturella betydelser	3
Åldrandet och övergången	4
Teoretisk referensram	5
Barnmorskans profession.....	5
PROBLEMFÖRMULERING.....	6
SYFTE	6
METOD	6
Miljö.....	6
Urval	7
Inklusionskriterier	7
Datainsamling	7
Dataanalys.....	9
Etiska överväganden	9
RESULTAT	10
RÅDGIVNING.....	10
HINDER FÖR ATT TILLMÖTESGÅ KVINNORNAS BEHOV.....	13
DISKUSSION.....	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Kliniska implikationer	22
Förslag till vidare forskning.....	22
Konklusion.....	23
REFERENSER	23

REFERENSLISTA

BILAGOR

INLEDNING

Att åldras kan innebära många förändringar för individen, dels kroppsligt och mentalt men också socialt och kulturellt. Den synen samhället har på åldrandet påverkar i hög grad hur kvinnan själv hanterar de förändringar som sker. Klimakteriet är en del av det naturliga åldrandet hos kvinnor men en unik förändring för den enskilda kvinnan. Klimakteriet är kopplat till många olika fysiska och psykologiska förändringar. De flesta kvinnor som är i klimakteriet upplever någon form av symtom men variationerna speglar olikheter utifrån attityder, kulturell och social kontext och individuella uppfattningar. Traditionellt har barnmorskan ansvarat för den normala graviditeten och förlossningen men med tiden har ansvarområdet utvidgats till att även omfatta kvinnan efter den reproduktiva åldern. Barnmorskans ansvarar för kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa och vården ska ges ur ett livscykelperspektiv. Genom att ha kunskap och förståelse om de faktorer, som inverkar på kvinnans uppfattning av klimakteriet, kan barnmorskan bidra till att kvinnan upplever ett ökat välbefinnande, ökad hälsa och en ökad självkänsla. Det finns idag få studier gjorda på barnmorskor förståelse för eller uppfattningar av kvinnan i klimakteriet. Det som går att finna är att vården som ges saknar ett helhetsperspektiv och att den vanligaste synen på klimakteriet är att det är ett hormonellt bristtillstånd eller sjukdomstillstånd. Syftet med denna studie är att få en förståelse för barnmorskors uppfattning av klimakteriet och hur de kan möta dessa behov.

BAKGRUND

Klimakteriet

Fysiologiska förändringar

Tiden runt klimakteriet markeras som den tid då fruktsamheten börjar sjunka och kvinnan börjar märka förändringar i sin menstruationscykel samt endokrina förändringar som är viktiga för fertiliteten (Harlow et al., 2012). Klimakteriet orsakas av hormonella förändringar i kroppen, som inträffar när antalet folliklar i äggstockarna minskar. När äggstockarna inte längre kan stimuleras av hjärnans hormonella signaler minskar tillverkningen succesivt av de kvinnliga könshormonerna östrogen och progesteron. Gonadotropinfrisättande hormon (GnRH) produceras i hypotalamus, detta hormon signalerar hypofysen till att utsöndra follikelstimulerande hormon (FSH) och luteiniserande hormon (LH), som i sin tur ger signaler till äggstockarnas folliklar att börja producera östrogen och progesteron. Follikelcellerna producerar också inhibin som hämmar utsöndringen av LH och framförallt FSH. När det inte finns några folliklar kvar upphör även inhibinsekretionen och FSH ökar mer i klimakteriet. När östrogenproduktionen upphör får kvinnor rubbningar i menstruationscykel och fertiliteten

avtar. Den minskade produktionen av östrogenet är orsaken till att kvinnor får fysiska förändringar under klimakteriet (Rousseau, 1998).

Symtom

Svettningar och värmevallningar är klassiska symtom under klimakteriet (Li et al., 2002). Symtom som menstruationsrubbingar, torra och sköra slemhinnor i underlivet, minskad libido, minskad sexuell lust, humörsvängningar, sömnstörningar, trötthet, hudförändringar (akne, ansiktshår) och viktökning är också vanliga bland kvinnorna. Dock är den exakta upplevelsen individuell och varierar från kvinna till kvinna (Marnocha, Bergstrom & Dempsey, 2011, Nosek, Kennedy & Gudmundsdottir, 2012). Kvinnor upplever även somatiska symtom i form av huvudvärk och ledbesvär som beror på den hormonella statusen (Li et al., 2002). Genomsnittsåldern för debut av värmevallningar är för kvinnor mellan 45-49 år. Högre nivåer av follikelstimulerande hormon (FSH) och lägre nivåer av inhibin och östradiol kan medföra att värmevallningarna upphör. Mediantiden för måttliga och svåra värmevallningar är 10,2 år (Freeman, Sammel, Lin, Liu & Gracia 2011). Tidiga klimakteriebesvär präglas av att menstruationscykelns längd kan variera. Det sena stadiet i menopaus kännetecknas av amenorré under 60 dagar eller längre. Skillnaderna i längden på cyklerna beror på den ökade obalansen i de hormonella nivåerna och den ökade förekomsten av anovulation (Harlow et al., 2012). I en studie (Li et al., 2002) som utfördes i Lund i Sverige jämfördes kvinnor i de olika faserna i klimakteriet och hur de olika symtomen upplevdes bland de olika grupperna. Postmenopaus brukar delas in i tidig och sen fas. Den tidiga fasen pågår till 5år efter sista menstruationen och den sena fasen börjar 5år efter sista menstruationen och pågår resten av livet. De som är i tidig postmenopausal fas beskrivs ha fler symtom än de som är i sen fas (Li., et al., 2002). Frekvensen av värmevallningar och svettningar minskar med tiden men finns kvar på en stabil nivå fram till det sena stadiet av postmenopaus. Vissa kvinnor kan lida av symtomen upp till 6-10 år efter menopausen. Jämförelsen mellan premenopausala och postmenopausala visar att premenopausala kvinnor har högre grad av huvudvärk men lägre grad av muskel och ledbesvär. Psykiska problem är mycket vanliga bland kvinnorna i form av trötthet och depression. Premenopausala kvinnor har färre sömnproblem men är mer stressade än postmenopausala kvinnor. Irritation, sömnproblem och koncentrationssvårigheter är mest förekommande hos kvinnor under det första året efter menopausen (Li et al., 2002). Det finns heller inga symtomskillnader mellan äldre och yngre kvinnor som hamnar i klimakteriet. Men däremot kvinnor med lägre inkomster, negativa attityder till åldrandet och höga stress nivåer rapporterar mer intensiva symtom (Nosek et al. 2010).

Kvinnors upplevelse av klimakteriet

Kvinnor upplever klimakteriet både positivt och negativt, det visar en studie av Pimenta, Leal, Maroco & Ramos(2011), där merparten av deltagarna var postmenopausala kvinnor. Det positiva som upplevs av kvinnor är att klimakteriet är en normal/naturlig fas i livscykel, en ny fas i livet. Kvinnor upplever en frihet att sluta med preventivmedel, upphörande av menstruationer, sexuell frihet och en känsla av förbättrad hygien. Att inte längre kunna få barn upplevs också som frihet. Det negativa som upplevs med klimakteriet är nedstämdheten, humörsvingningar, hopplöshet avseende framtiden, irritabilitet och en känsla av en allmän psykologisk förändring. Kvinnor känner begränsningar i livet för att kunna göra vissa saker, känner en oro för att drabbas av olika sjukdomar som osteoporos, högt blodtryck och hjärtsjukdomar. De upplever att hälsan blir allmänt försämrad under klimakteriet. De känner att de har begränsningar i sitt sexuella liv på grund av minskad lust och torra slemhinnor (a.a.). Kvinnor i klimakteriet upplever ofta dramatiska och skrämmande förändringar i kroppen. De känner att de bara har grundläggande kunskaper om klimakteriet och är osäkra när det gäller kroppsliga förändringar. De känner sig förvirrade och tycker inte att de har någon kontroll över de kroppsliga förändringar som sker. Kvinnorna känner att de inte blir hörda när de söker sjukvård, ofta blir de erbjudna hormonterapi för besvären när de egentligen bara vill ha svar på sina frågor. De upplever att den information som de får från läkare är otillräcklig, det enda som de upplever sig att få av sjukvårdspersonalen är hormonterapi trots att inte behöver det (Marnocha et al, 2011).

Kulturella betydelser

Sverige är idag ett mångkulturellt land (Motion 2012/13:K382) vilket innebär att det är viktigt med ett kulturellt perspektiv på klimakteriet (Sommer et al., 1999). Det kulturella sammanhanget påverkar hur kvinnor hanterar symtomrelaterad ångest och hantering av symtom kopplat till klimakteriet men trots detta finns det en stor individuell variation. I en studie (Hall., Clark Callister., Berry & Matsumara. 2007) görs en åtskillnad mellan traditionella kulturer, immigranter och den moderna kvinnan. Inom de olika kulturerna finns faktorer som påverkar hur menopausen och dess symtom upplevs. Den genomsnittliga åldern för menopaus varierar mellan olika etniska grupper. I Europa och nord Amerika är medelåldern 51-52 år för menopaus. (Gold et al., 2001). I sydamerika och bland afroamerikaner inträffar klimakteriet i genomsnitt några år tidigare (Daly., Gray., Barlow., McPerson., Roche & Vessey 1993). Traditionell definieras som kulturer där livsåskådningar och seder ärvs från generation till generation. Sättet att leva liknar föregångarnas levnadssätt och den västerländska kulturen har en liten inverkan. Inom de traditionella kulturerna har kvinnan en stor roll i hemmet och barnuppfostran och det är vanligt att föda många barn. I många traditionella kulturer förvärvsarbetar inte kvinnor utan har hängivit sitt liv åt barnuppfostran. Dessa kvinnor kan hamna i en situation där de behöver omdefiniera sin föräldraroll när barnen lämnar hemmet. I Japan har kvinnor ansvar för den äldre generationen och föräldrarollen kan gå över till att ansvara för sina egna

föräldrar (Hall. 2007). Med klassificeringen immigrant menas de kvinnor som genomgår en transitionsprocess från traditionell till modern kultur. Det beskrivs att dessa kvinnor genomgår flerfaldiga transitioner förutom klimakteriet och att omständigheterna i deras liv förvärrar situationen. Dessa transitioner innefattar att leva i ett främmande land och att kämpa med språkbarriärer (Hall. 2007).

Åldrandet och övergången

I ”Åldrandets betydelser” skriver Jönsson och Lundin (2007) att det finns olika sätt att se på åldrandet, som kronologisk ålder eller upplevd ålder och att begreppet ålder har sitt ursprung ur olika föreställningar om människan, om kroppen och om levnadsförloppet. Åldrandet har också olika kulturella betydelser och ett framträdande drag i det västerländska samhället är att se på åldrandet i form av kroppens förfall. Den upplevda åldern hos individen stämmer ibland inte överens med den biologiska och kronologiska åldern. Vilket i mötet med vården ibland kan skapa konsekvenser på ett existentiellt plan. Inom vissa medicinska områden är det livsviktigt att ta hänsyn till den biologiska åldern och inom andra områden inte lika viktigt (Jönsson LE & Lundin S. 2007). Begreppet transition är något som används inom forskning på klimakteriet ”menopausal transition” och skulle kunna översättas till övergång på svenska. Transition har använts inom omvårdnads forskningen till exempel när ohälsa studeras och har olika innebörd beroende på i vilken kontext transitionen sker (Schumacher KL & Meleis AI. 1994). Det som är gemensamt för transitionerna oberoende av vilket sammanhang det upplevs i är att det är något som sker över en längre tidsperiod, det sker en utveckling och att det är en övergång från ett tillstånd till ett annat. Menopaus beskrivs som en transition som kvinnan går igenom och kan gå ur med en förändrad självbild och parallellt dras till tonårningen som inträder i vuxenlivet. Faktorer som kan påverka hur transitionen upplevs är mening, förväntningar, kunskapsnivåer och känslomässigt och fysiskt välbefinnande (Schumacher KL. & Meleis AI 1994). I sin antologi ”Tanten, vem är hon?” refererar Liliequist & Lövgren (2012) till Maria Jönssons analys (2009), och skriver att ”klimakteriet har blivit en markör för åldrande och ”tanten” en representant för ett efteråt och utanför i relation till familjebildning och kärleksliv” (sid. 43). Klimakteriet beskrivs som en period där kvinnan tappar sin status som sexuell varelse, då sexualitet är något som förknippas med ungdomlighet och fertilitet (Lövgren K., 2012). Det görs även här liknelser mellan övergången från medelålders till ”äldre” kvinna och övergången från tonårstiden till att bli vuxen: ”På flera sätt blir medelåldern en parallell till tonårstiden. Den unga kvinnan ska frigöra sig från sin ursprungsfamilj, bli autonom, och hitta sin egen identitet. Som medelålders på nytt frigöra sig från en familj denna gång den hon själv bildat. Hon ska hitta sig själv, som hon under åren av ansvar för andra tappat bort vem hon är och gjort avkall sin egen identitet” (Lövgren K. 2012 sid. 157).

Teoretisk referensram

Det har identifierats tre olika sätt att se på klimakteriet (Olazábal JC., Panigua RG., & Luengo JM. (1999)). Den biologiska/medicinska modellen som innebär att se på klimakteriet som ett bristtillstånd som kräver en livslång behandling. Den psykosociala modellen beskriver klimakteriet, som en naturlig del av utvecklingen och bör inte behandlas med mediciner såsom östrogen. Den psykosociala modellen kan för individen leda till personlig utveckling och högre självkänsla. Men för kvinnor med allvarliga klimakteriska symtom kan ett perspektiv enbart sett ur den psykosociala modellen leda till en inre konflikt med känslor av misslyckande och lägre självkänsla. Ur den holistiska modellen ses klimakteriet, som en multidimensionell process där både det biologiska och psykosociala perspektivet ingår. Denna process ter sig olika för kvinnor beroende på en rad olika faktorer inklusive vilka erfarenheter och förväntningar individen bär på. Om det holistiska perspektivet anpassas till den individuella kvinnans behov, så kan det leda ett ökat välbefinnande och empowerment. (Olazábal JC., Panigua RG., & Luengo JM. 1999).

Barnmorskans profession

Barnmorskans arbete bygger på att kunna förebygga ohälsa i ett livscykelperspektiv. Det innebär att barnmorskan arbetar med blivande och nyblivna föräldrar och det nyfödda barnet och kvinnor i alla åldrar. Barnmorskans arbete formas av en holistiskt och etiskt förhållningsätt som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet och skall utföras i enlighet med gällande författningar, lagar, förordningar och föreskrifter. Barnmorskan arbetar främst inom området sexuell och reproduktiv hälsa. Arbetet verkställs inom många olika verksamhetsområden med varierande arbetsuppgifter. Barnmorskan ska ha förmåga att kunna tillämpa kunskaper inom klimakteriet och besvären som kan uppstå i samband med det. Det är även viktigt att kunna vägleda kvinnan under ett genus och livscykelperspektiv för att förebygga ohälsa. Barnmorskan har även till uppgift att kunna ge grundläggande information, rådgivning och samtalsstöd om klimakteriet (socialstyrelsen, 2006). Barnmorskan har till uppgift att utifrån sin profession kunna stärka kvinnor i alla miljöer och kulturer samt vara lyhörd för psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov oberoende på omständigheterna. Barnmorskor deltar aktivt i utveckling och verkställande av hälsoprogram för att kunna främja hälsan hos alla kvinnor (ICM,1999). Sexuell hälsa är en stor del av barnmorskans ansvarsområde, det innebär att integrera det somatiska, emotionella, intellektuella och sociala aspekter av sexualiteten. Den reproduktiva hälsan definieras av WHO som ett tillstånd av fysisk, psykisk och socialt välbefinnande i alla frågor och igenom hela livscykeln. För att främja den sexuella och reproduktiva hälsan ska barnmorskan ha kunskaper om klimakteriet och de besvär som uppkommer i samband med detta (socialstyrelsen 2006). I en studie beskriver barnmorskor att de utgår från ett holistiskt perspektiv i mötet med kvinnan i klimakteriet men fokus på rådgivningen blir ofta enbart ur ett medicinskt perspektiv. Barnmorskorna upplever att de

saknar de sociala och kommunikativa färdigheterna för att kunna bemöta de psykosociala aspekterna hos kvinnorna (Binfa, Pantoja, Gonzalez, Ransjö-Arvidson & Robertson, 2011)

PROBLEMFÖRMULERING

Många kvinnor upplever att de inte får den hjälp de önskar när de söker vård för klimakteriebesvär och att det enbart behandlas som ett hormonellt bristtillstånd. Mötet med vården kan ibland leda till mer oro och funderingar kring klimakteriet när kvinnorna upplever att deras behov inte blivit sedda eller att de fått den hjälp de önskar. Klimakteriet är en multidimensionell process som påverkas av både biologiska och psykosociala faktorer. Den uppfattas olika utifrån kvinnans bakgrund, erfarenhet, kultur och sociala kontext. Med en god förståelse för hur kvinnan upplever klimakteriet kan barnmorskan få en förståelse för dessa kvinnor och kunna tillgodose deras behov. Det finns få studier gjorda på vad barnmorskor har för uppfattning av vilka behov kvinnor i klimakteriet har och hur barnmorskan möter dessa behov.

SYFTE

Att beskriva barnmorskors uppfattningar av kvinnors behov i klimakteriet och hur de bemöter dessa behov.

METOD

En fenomenografisk metod användes i studien. Den fenomenografiska forskningsansatsen syftar till att identifiera olika sätt att erfara skilda fenomen och variationen dem emellan (Marton, 1981). Det görs en åtskillnad mellan första och andra ordningens perspektiv. Första ordningens perspektiv beskriver det utifrån observerbara medan andra ordningens perspektiv beskriver individens uppfattning av något eller hur det erfars (Marton, 1981). Fenomenografi vill inte beskriva förklaringar eller samband utan snarare innebörder i människors uppfattning av omvärlden (Larsson, S. 1986). En vanlig metod inom fenomenografin är att studiedeltagarnas uppfattning av ett specifikt fenomen undersöks genom intervjuer. Intervjupersonernas svar används för att utveckla olika kategorier som beskriver hur fenomenet erfars. Det är själva kategorierna som utgör studiens resultat. Kategorierna beskriver inte fenomen ur ett omvärldsperspektiv utan variationen av människors sätt att tänka på sina erfarenheter (Sjöström, B. & Dahlgren L.O. 2002).

Miljö

Intervjuerna genomfördes i Västra Götalands län, beläget i sydvästra delen av Sverige med ca 1,6 miljoner invånare. Deltagarna i denna studie kom ifrån olika orter i Västra Götaland,

med varierande antal invånare i orterna. Hälften av deltagarna arbetade på barnmorskemottagningar och hälften arbetade på gynekologiska mottagningar. Intervjuerna utfördes både via telefon och på plats. Deltagarna valde själva tid och plats för intervjuerna.

Urval

Strategiskt urval gjordes av barnmorskor som jobbar på barnmorskemottagningar och gynekologiska mottagningar. För att få en variation i resultatet så bör det vara en stor spännvidd i åldrarna. Inom fenomenografin rekommenderas att intervjua 20 personer för att få så stor variation av uppfattningar så möjligt (Dahlberg, K. 1997). Eftersom tidsperioden för denna studie var avgränsad var målet att intervjua 8-12 barnmorskor. Antalet deltagare i studien blev 10 barnmorskor.

Inklusionskriterier

Barnmorskor som arbetar på mödravårdscentraler och gynekologiska mottagningar.

Datainsamling

Olika metoder användes för att rekrytera informanter till studien. Ett informationsbrev om studien skickades ut till verksamhetschefen för en barnmorskemottagning och gynekologisk mottagning i västra Götaland för ett godkännande till att tillfråga barnmorskor om deltagande till denna studie (Bilaga 1). Inga informanter tog kontakt med författarna. Då det inte resulterade i några deltagare och tidsramen var snäv fick författarna utöka sitt sökande och en förfrågan lades ut på gruppen ”Barnmorskor - aktuellt och intressant” på sociala mediet ”Facebook”, vilket resulterade i två pilotintervjuer. Därefter gjordes ytterligare ett rekryteringstillfälle och en förfrågan skickades till en barnmorskemottagning i en stad i Västra Götaland och därefter lades ett informantbrev (Bilaga 2) i personalrummet där alla hade tillgång till brevet. Sökningen på en barnmorskemottagning resulterade i tre intervjuer. Därefter skickades återigen en förfrågan ut via Facebook sidan ”Barnmorska -aktuellt och intressant” om deltagande till studien, vilket resulterade i sju informanter. Informantbrevet mailades ut till deltagarna.

Rekryteringen resulterade i sammanlagt i 10 informanter i åldrarna 44-60 år och med yrkeserfarenhet från barnmorskemottagning eller gynekologisk mottagning mellan 2,5-35 år. I tabell 1 visas hur länge respektive informant arbetat inom sina verksamheter och vilka eventuella påbyggnadskurser de läst. Tre av intervjuerna gjordes på barnmorskemottagningen i enskild miljö där tid och plats bokades in. Sju av intervjuerna gjordes över telefon, överenskommelse om datum och tid gjordes via mail. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades därefter. Intervjuerna delades mellan författarna och genomfördes individuellt för att intervjusituationen skulle kännas så bekväm som möjligt för informanten.

Intervjuerna började alltid med några bakgrundsfrågor om informanten, så som ålder och erfarenhet därefter påbörjades intervjun. De ostrukturerade intervjuerna påbörjades alltid med samma öppningsfråga ”Kan du beskriva ditt arbete i mötet med kvinnor i klimakteriet” för att samma förutsättningar skulle skapas och för att få informanten att fokusera på vilka behov kvinnor i klimakteriet har och hur de möter dessa behov. Därefter ställdes uppföljningsfrågor eller så ställdes uppföljningsfrågor för att få informanten att fortsätta fokusera på fenomenet. Med en öppningsfråga vilket oftast resulterade i en efterföljande dialog. Två testintervjuer gjordes för att kontrollera intervjuguidens hållbarhet.

Tabell 1 Informanternas examensår och yrkeserfarenhet

Examen	Erfarenhet antal år	Verksamhet	Påbyggnadskurser
2011	2,5 år	MVC	
1990	15 år	Gyn/MVC	Röntgen ssk Sexologi
2003	12 år	MVC	
1994	13 år	Gyn	Organisation och ledarskap, Sexologi, pedagogik
1991	19 år	Gyn	
1986	25 år	Gyn	Sexologi, klimakterie, inkontinens
1989	35 år	MVC	Ultraljudsbarnmorska steg 1 &2
1989	24 år	MVC	Tonårssexologi 10p, familjhälsa 10 p
2008	7 år	MVC	
2003	5 år	Gyn	Sexologi

Dataanalys

Dataanalys gjordes enligt Dahlgren och Fallsberg (1991) sju steg. Första steget ”familiarization” innebär att författarna bekantar med intervjumaterialet genom att läsa transkriptionerna och lyssna till de inspelade intervjuerna flera gånger om för skapa en helhetsbild. I andra steget görs en ”compilation” dvs. en sammanställning av svaren från alla deltagare relaterat till en viss fråga. Det handlar om att finna de mest signifikanta eller kärnfulla delarna i varje svar. Det tredje steget är ”condensation” en reduktion för att tydliggöra de mest centrala delarna ur ett längre svar eller en dialog. Fjärde steget är ”grouping” där en gruppering av liknande svar ska göras, som sedan kan ingå i samma kategori. Det femte steget innebär en preliminär jämförelse mellan grupperna för att finna skillnader. I det sjätte steget namnges kategorierna för att på sätt belysa kärnan i dem. Det sjunde steget ”contrastive comparison” innefattar en jämförelse kategorierna emellan för att kunna beskriva varje kategoris unika karaktär och för att finna likheter och skillnader. På detta sätt säkerställs så att ingen överlappning sker.

Etiska överväganden

Då detta var ett arbete som utfördes av studenter inom ramen för en högskoleutbildning på avancerad nivå krävdes ingen granskning enligt etikprovningsslagen (2003:463). Men det var trots detta viktigt att studien följde de forskningsetiska reglerna om krav på konfidentialitet, deltagarens säkerhet, samtycke och informationskravet (Vetenskapsrådet, 2011). Utöver dessa krav tar studien hänsyn till de fyra medicinsk-etiska principerna: principen att inte skada, rättvisepincipen, autonomiprincipen samt godhetsprincipen (Etiska Riktlinjer för Omvårdnadsforskning i Norden). Namn och personuppgifter kodades, så att inga identiteter röjdes.

Informationskravet följdes på så sätt att alla deltagarna fick ett informationsbrev. Deltagarna ska vara väl informerade om studiens syfte samt tillvägagångssätt. Det ska även framkomma att deltagande i studien är frivilligt och att samtycket till att delta kan återtas närhelst under studiens gång. Deltagarna ska även informeras om att alla personuppgifter kommer att behandlas konfidentiellt och att personuppgifterna kommer att förvaras säkert och oåtkomligt för obehöriga (www.epn.se).

När individer medverkar i en studie skall de skyddas mot risker att skadas fysisk, psykiskt eller integritetsmässigt. När forskning anses innebära risk för att skada deltagarna skall en prövning göras som ska väga risker med kunskapsvinster. Det ska vara höga krav på forskningens kvalitet och att deltagarna förstår och accepterar villkoren för deltagandet. Det är av intresse för forskarna att kunna se till att människovärdet skyddas och människors integritet värnas (www.epn.se).

RESULTAT

Under analysen framkom två huvudkategorier och nio underkategorier, Huvudkategorin Rådgivning resulterade i underkategorierna De fysiska omställningarna, Sexualitet, De psykiska omställningarna, Att få tala med en barnmorska, Att undervisa om kroppen och egenvård, Att bli sedd och hörd och Hormonterapi. Huvudkategorin Hinder i tillmötesgåendet av kvinnans behov resulterade i underkategorierna Att få tiden att räcka till och Mer utbildning. Kategorierna presenteras i tabell 2.

Tabell 2. översikt över huvudkategorier och underkategorier.

Huvudkategorier	Underkategorier
<i>Rådgivning</i>	De fysiska omställningarna
	sexualitet
	De psykiska omställningar
	Att få tala med en barnmorska
	Att undervisa om kroppen och egenvård
	Att bli sedd och hörd
	Hormonterapi
<i>Hinder i tillmötesgåendet av kvinnans behov</i>	Att få tiden att räcka till
	Mer utbildning

RÅDGIVNING

Huvudkategorin rådgivning resulterade i sju underkategorier vilket baserades på de uppfattningar barnmorskorna hade kring den rådgivning kvinnorna var i behov av.

De fysiska omställningarna

Samtliga informanter beskrev uppfattningar om de fysiska besvär som kvinnorna sökte rådgivning kring. Kvinnorna beskrevs söka rådgivning kring de fysiska omställningarna och hur de skulle hantera besvären. Besvären uppfattades vara av varierande grad och ibland svåra för den individuella kvinnan att leva med. Rådgivningen anpassades efter vilka besvär kvinnorna sökte hjälp för. Kvinnorna beskrevs kämpa väldigt länge med sina besvär innan de sökte hjälp och att de bar på en ovisshet om besvären var kopplade till klimakteriet eller inte. De beskrevs hårda ut med besvären tills de inte längre stod ut och slutligen sökte hjälp. De vanligaste besvären som beskrevs var vallningar och torra slemhinnor. Dessa besvär var också det som kvinnorna oftast sökte rådgivning kring. Oregelbundna och rikliga blödningar var ett vanligt bekymmer som väckte mycket oro hos kvinnorna vilket ofta ledde till ett behov av rådgivning. Dessa kvinnor behövde bli bekräftade i det var vanligt förekommande och att

det var något övergående. Sömnsvårigheter beskrevs som något som påverkade kvinnorna i väldigt hög grad och som de sökte hjälp för. De flesta av barnmorskorna beskrev också att kvinnorna uttryckte ett behov av att få bekräftat att klimakteriet är en naturlig del av livet. Att mensen upphörde beskrevs ofta som en lättnad för kvinnan. Det fanns även uppfattningar av att vissa kvinnor kände en sorg över att menstruationen upphört. En av barnmorskorna beskrev menstruationen och reproduktionen som starkt kopplad till livet och till känslan av att vara en kvinna. Barnmorskorna beskrev oftast klimakteriet som en naturlig del av livet men när kvinnorna hade mycket besvär så tenderade barnmorskorna att fokusera på klimakteriet som ett bristtillstånd som kräver behandling. Det fanns ett fåtal barnmorskor som beskrev uppfattningar ur ett holistiskt perspektiv, där rådgivningen skedde individanpassat för starka kvinnan och i syfte att öka välbefinnandet.

”De har stått ut ganska länge men när det går veckor efter veckor och man ska sköta sitt jobb och... så är det fruktansvärt. De orkar inte. Det blir aldrig bra, då ger många upp och det förstår jag.”

Sexualitet

Barnmorskorna hade uppfattningar av att sexualitet och samlivet var något som kvinnorna ofta upplevde som ett besvärande ämne att tala om. Barnmorskan fick ofta själv ta upp frågan, vilket kunde underlätta för kvinnan att tala om sitt sexualliv. Om kvinnan hade torra slemhinnor så såg barnmorskorna ofta det som ett bra tillfälle att fråga om kvinnans sexualitet. Uppfattningar fanns att kvinnorna själva tycktes koppla ihop torra slemhinnor med samlagssmärter och minskad libido. Vissa kvinnor kunde ha så mycket besvär att de inte kunde genomföra ett samlag. Barnmorskorna på barnmorskemottagning ställde ofta frågan kring samlagssmärter om de såg att kvinnan hade torra slemhinnor i samband med cellprovtagning. Att fråga kring sexualitet under cellprovtagningar kunde kännas som ett olämpligt tillfälle då cellprovtagningarna hade en begränsad tidsram. Den korta tidsramen medförde att möjligheterna till rådgivning blev begränsade. Det beskrevs även att kvinnorna ofta inte sökte hjälp för detta utan att de passade på att ta upp ämnet när de ändå gick på cellprovtagning. Ett fungerande sexualliv var något som hos barnmorskorna uppfattades som relaterat till en god livskvalitet.

”Det jag kan känna är tragiskt när man hör enstaka kvinnor när de berättar att de har så besvärligt, så att de inte har ett samliv för den skull.”

”Ja, det är klart att man kan fortsätta att prata men det är inte så där att man pratar om sitt sexliv i förbifarten sådär när provtagningen är klar och de håller på och klär på sig”

De psykiska omställningarna

Barnmorskorna beskrev inte enbart fysiska besvär utan hur klimakteriet påverkar hela människan och att klimakteriet kan leda till en oro i själen. En del av barnmorskorna

beskrev att kvinnorna sökte hjälp för psykiska besvär och att vissa kvinnor kunde vara väldigt nedstämda. Det var svårt att urskilja om det var en pågående depression eller nedstämdheten berodde på det hormonella obalanserna under klimakteriet. Vikten av att ta dessa kvinnor på allvar beskrevs men det fanns en osäkerhet hos barnmorskorna hur de skulle ge råd kring nedstämdhet relaterat till klimakteriet. Vid misstanke om att det kunde vara fråga om en depression som krävde medicinering, hänvisades kvinnan till läkare.

”Men det är självklart att det är många som lider av lite nedstämdhet. Det är ju väldigt svårt att veta i början om det är klimakteriet eller om det är en depression man håller på att utveckla”

Att få tala med en barnmorska

Att få tala med en barnmorska var uppfattning som beskrevs som viktig för kvinnorna. Barnmorskorna beskrev att kvinnorna i klimakteriet ofta uttryckte ett behov av att få tala kring sina besvär med en barnmorska. Det fanns även uppfattningar av att det kändes lättare för kvinnorna att prata med en barnmorska och att det kändes naturligt. Många av kvinnorna visste inte var de skulle vända sig för att få hjälp med klimakteriebesvär utan passade på att fråga kring klimakteriet när de besökte barnmorskorna för cellprovtagning eller preventivmedelsrådgivning. Ibland ringde kvinnorna till telefonrådgivningen för att få klimakterierådgivning. Det fanns även uppfattningar om att eftersom de flesta barnmorskor var kvinnor, så var det enklare för kvinnorna att tala om sina besvär med dem. Vissa av barnmorskorna använde sig av sin egen erfarenhet av klimakteriet vid rådgivningen.

”många säger att - jag passar på att frågar dig nu när jag ändå är här. Och det tycker nog att det är lite lättare att prata med oss som barnmorskor.”

”De flesta av oss är ju ändå kvinnor som jobbar och vet ju också att när man kommit upp lite till åren vad det innebär”

Att undervisa om kroppen och om egenvård

Det fanns uppfattningar av att kvinnor hade ett behov av ökade kunskaper om klimakteriet. När de träffade barnmorskan hade de ofta mycket frågor kring vad som händer med kroppen under klimakteriet. Barnmorskan spelade en stöttande roll i att lära kvinnorna om vad som händer i kroppen under klimakteriet och om egenvård. Det beskrevs som en stor vinst för kvinnan att bli undervisade om de hormonella förändringarna i kroppen under klimakteriet och detta påverkade kroppen. Det beskrevs att kvinnorna ofta blev hjälpta av att få rådgivning kring egenvård under klimakteriet och att det var ett bra tillfälle att informera hur vissa livsstilsfaktorer kunde påverka upplevelsen av klimakteriebesvär.

"Jag upplever inte att kvinnorna har tillräckligt med kunskaper kring klimakteriet, det enda som de brukar veta är att man kan bli varm och svettas och så."

Att bli sedd och hörd

Klimakteriet beskrevs som en period där kvinnorna var i stort behov av råd men också stöd. En vanlig uppfattning bland barnmorskorna, som arbetade på gynekologisk mottagning, var att det var viktigt att förmedla till de kvinnor som sökte hjälp att de blev lyssnade på och att barnmorskan gav dem den tid som behövdes. Det var viktigt att barnmorskan tog kvinnornas frågor på allvar och bekräftade dem i deras upplevelse. Ytterligare en faktor till att kvinnorna ofta kände sig förbisedda beskrevs orsakas av att kvinnohälsa var lågt prioriterat både inom vården och samhället. Kvinnorna som var i klimakteriet uppfattades av många som en generation som ofta inte protesterar eller gör sina röster hörda. Kvinnorna led ofta i tystnad och uppfattades vara en bortprioriterad grupp.

"Den gruppen kvinnor är inte sådana som protesterar. Då glömmar man bort att de finns också. De flesta i lärosätena är kvinnor. Det finns inga riktiga forum för det, vi är lågprioriterade."

Hormonterapi

En vanlig uppfattning var att kvinnorna ville ha rådgivning kring östrogenpreparat. Uppfattningar fanns om att kvinnorna hade levt med besvären under en längre period innan de sökte hjälp. Det fanns en rädsla för negativa bieffekter och för cancerrisken bland kvinnorna. Vid mildare besvär gavs rådet att prova receptfritt östrogen och vid allvarigare besvär remitterades kvinnorna vidare för diskussion med en läkare med förskrivningsrätt på östrogen. Barnmorskorna upplevde sig ofta ha för dåliga kunskaper kring hormonterapi för att kunna ge en adekvat rådgivning kring det.

"det är många kvinnor som frågar kring östrogenbehandling och jag måste säga att jag kan inte speciellt mycket. Och så frågar de om ja... bröstcancerrisken och ja... jag är inte påläst."

HINDER FÖR ATT TILLMÖTESGÅ KVINNORNAS BEHOV

Huvudkategorin "hinder för att tillmötesgå kvinnornas behov" resulterade i två underkategorier: Att få tiden att räcka till, Mer utbildning. Dessa underkategorier beskriver

vilka uppfattningar barnmorskorna hade om vilka faktorer som krävdes men ofta saknades för att tillmötesgå behoven som kvinnorna i klimakteriet hade.

Att få tiden att räcka till

Barnmorskorna beskrev att kvinnorna ofta passade på att fråga om råd kring besvär eller andra frågor om klimakteriet, när de besökte barnmorskemottagningen eller gynmottagningen av andra skäl. Det var vanligt att kvinnorna frågade om klimakteriet vid cellprovtagningarna. Barnmorskorna som arbetade passade på att fråga om kvinnan va omkring den åldern då klimakteriet vanligtvis börjar eller om barnmorskan vid cellprovtagning kunde se att slemhinnorna såg torra ut. De flesta barnmorskorna hade uppfattningen av att tidsbrist var en orsak till att både kvinnorna och barnmorskorna ville använda tillfället och tiden maximalt. Det saknades mottagningar som riktade sig mot klimakteriefrågor och utrymmet för att boka tid för klimakteriefrågor fanns inte. Rådgivningen blev ofta bristfällig och fick skyndas igenom.

"Kvinnorna passar verkligen på att fråga under cellprovtagningarna för det vet ju att det inte finns andra tillfällen."

Mer utbildning

Klimakteriet ansågs vara en komplex period i kvinnans liv där barnmorskorna saknade verktygen för att kunna möta kvinnans behov. Samtliga barnmorskor beskrev uppfattningar om att de inte fått tillräckliga kunskaper från deras barnmorskeutbildning för att kunna tillmötesgå kvinnornas behov av rådgivning. För att tillmötesgå kvinnornas behov på ett adekvat sätt så krävdes mer utbildning kring klimakterierådgivning. De kunskaper som fanns att tillgå var de som barnmorskorna själva läst sig till under tidens gång och genom erfarenheter via möten med olika kvinnor. Många av barnmorskorna kände osäkerhet inför klimakteriefrågor. Många uttryckte att de kände oro för att ställa upp som informanter därför att de kände att de inte hade tillräckliga kunskaper om klimakteriet.

"Det skulle behövas mer utbildning kring klimakteriet och vilka rekommendationer som ska ges. Barnmorskeutbildningen gav inte tillräckligt utan man bygger på kunskaperna beroende på var man jobbar."

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att svara på studiens syfte valdes en fenomenografisk metod genom intervjuer. Datainsamlingen gjordes genom intervjuer med en öppningsfråga. Barnmorskorna intervjuades med öppna frågor för att i så liten utsträckning som möjligt påverka

informanternas svar. En öppen fråga ställdes till alla och utifrån informanternas beskrivning ställdes följdfrågor eller så ombads informanten att utveckla sitt svar. För att testa om öppningsfrågan ledde informantens svar direkt in på fenomenet i fråga, så gjordes två pilotintervjuer (Henricson, 2012). Dessa pilotintervjuer resulterade i att barnmorskorna beskrev uppfattningar av kvinnors behov i klimakteriet. Då det var tidsbrist och svårt att få tag på informanter, så kunde inte fler pilotintervjuer genomföras. Fler pilotintervjuer kunde ha lett till mer djupgående och väl utvecklade frågor, vilket kunde ha lett till mer utvecklade svar om fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2009). Inom fenomenografien rekommenderas "face to face" intervjuer för att forskaren ska kunna tolka in personens kroppsspråk och andra sätt att kommunicera (Dahberg, K. 1997). Men då distansen till flera av informanterna var för lång och möjligheterna att träffas begränsade fick telefonintervjuer göras. Detta är en brist i studien då viktig visuell kommunikation då kan ha förbisetts. Fyra av intervjuerna gjordes per telefon. Förfrågan om deltagande i studien söktes på barnmorskemottagningar i Västra Götaland. Då svar dröjde och tidsramen var snäv fick studiens författare utöka sitt sökande av informanter på andra instanser. Förfrågan skickades till en Gynekologisk mottagning, vilket inte resulterade i några informanter. Därefter gjordes en förfrågan om studiedeltagande på ytterligare barnmorskemottagning i västra Götalands län, vilket resulterade i 3 intervjuer. Sedan skickades en förfrågan ut på Facebook sidan "Barnmorskor aktuellt och intressant" som resulterade i sju informanter. För att skapa en bra atmosfär kring intervjutillfället valde författarna att enskilt intervjua informanterna. Informanterna arbetade antingen på barnmorskemottagningar eller gynekologiska mottagningar. En informant arbetade på båda. Detta kan ha påverkat resultatet, då dessa verksamheter fungerar väldigt olika. De som arbetade på gynekologisk mottagning träffade fler kvinnor som hade besvär då det var dit kvinnorna blev remitterade. På barnmorskemottagningarna kom fler kvinnor i klimakteriet i ett annat syfte än klimakteriebesvär. Antalet deltagare i en fenomenografisk studie bör vara tjugo för att för att få en spegling av hela den variation av uppfattningar, som finns (Ericson, 2012). Men då det ofta inte framkommer nya uppfattningar sedan 10-12 intervjuer analyserats, så bör antalet i denna studie vara av godtagbar mängd (Ericson, 2012).

Denna kvalitativa studie visade att barnmorskorna hade varierade uppfattningar om behoven hos kvinnor i klimakteriet och hur dessa behov kunde mötas. Syftet med en fenomenografisk metod är inte att försöka mäta antalet uppfattningar utan snarare att identifiera olika uppfattningar om ett fenomen och att försöka identifiera underliggande betydelser (Uljens. M. 1989, (Marton. F. 1981). Dataanalysen gjordes enligt Dahlgren och Fallsbergs (1991) sju steg. Författarna delade upp intervjuerna sinsemellan för transkription. Därefter lästes och lyssnades den andres material för att få en helhetsbild. För att säkerhetsställa tillförlitlighet gjordes sammanställning av svaren, kondensation och gruppering separat för att sedan jämföras. Analysen överensstämde till största del. Efterföljande steg gjordes därefter gemensamt, vilket också ökat tillförlitligheten. I en fenomenografisk studie bör en tredje forskare med kunskap och erfarenhet av metoden göra en analys av de föreslagna kategorierna. Denna studie saknade detta och får därför ses som en brist (Dahlgren & Fallsberg, 1991). Vissa av analysstegen i fenomenografi är mer

krävande än andra och det finns risk för att gå fel (Henricson, 2012) och då författarna hade ringa erfarenhet av metoden i fråga landade analysen i en tematisk analys snarare än att hitta en hierarkisk relation mellan kategorierna och en beskrivning i relationen dem emellan. En innehållsanalys hade därför lämpat sig bättre för denna studie.

Då vissa av barnmorskorna kände oro för att deras kunskapsnivåer skulle på något sätt mätas, så kan resultatet ha påverkats av detta trots att informationsbrevet beskrev syftet med studien och kravet om konfidentialitet uppfylldes. Något som ytterligare kan ha förstärkt denna oro kan ha varit det att författarna var barnmorskestudenter och kan ha lett till en viss bias i studien.

Utifrån den teoretiska referensramen kunde olika perspektiv identifieras (Ulacia. J. Paniagha. R Luengo. J. et.al. 1999). Uppfattningar av klimakteriet både ur den medicinska och psykosociala modellen kunde identifieras.

Författarna diskuterade innan sin förförståelse vilket kan ses som en styrka i studien (Henricson, 2012) En studie av så litet omfång både i form av informantantal och geografisk spridning kan ej ses som överförbart. Men studien kan trots detta bidra med värdefull kunskap om barnmorskors uppfattningar om kvinnors behov i klimakteriet.

Resultatdiskussion

Den första huvudkategorin ”Rådgivning” resulterade i sju underkategorier som baseras på de uppfattningar som barnmorskorna hade kring vilken typ av rådgivning kvinnorna var i behov av och av vem och hur rådgivningen borde ges.

I underkategorin ”De fysiska omställningarna” beskrevs uppfattningar om att kvinnorna i första hand sökte rådgivning kring fysiska besvär relaterat till klimakteriet. Det vanligaste orsakerna beskrevs vara torra slemhinnor, vallningar och oregelbundna blödningar. Vasomotoriska symtom (vallningar, svettningar) och besvär i urinvägarna på grund av vaginal atrofi är vanliga symtom och ofta associerat med menopaus (McKinlay. S. Brambilla. D. & Possner. J. 1992). Vaginal torrhet på grund av atrofi var ett vanligt symtom bland kvinnor i postmenopaus. En studie (Cumming et.al, 2009) gjord på tusen kvinnor i Storbritannien visade att 53% upplevde obehag i vagina och att enbart 20% hade diskuterat sina besvär med hälso- och sjukvårdspersonal. I resultatet beskrevs kvinnorna kämpa väldigt länge med sina besvär innan de sökte hjälp. Studier indikerar att kvinnor ofta saknar kunskap om relationen mellan vaginal torrhet och hormoner. Att kvinnorna saknar en tydlig bild av orsakerna till vaginal torrhet kan leda till att de inte söker hjälp. Kvinnorna kan också känna skam kring ämnet och undviker att ta upp det med hälso- och sjukvårdspersonal medan hälso- och sjukvårdspersonal ibland misslyckas med att fånga upp problemet (Nappi & Kokot-Kierepa, 2012; Domoney C, Currie H, Panay N, Maamari R, Nappi RE 2013). Det rekommenderas att införa en rutinfråga kring vaginal torrhet vid cytologprovtagningar eller vid samtal med kvinnor kring ämnen relaterat till menopaus

(Abernethy. K. 2014). I resultatet fanns uppfattningar om hur oregelbundna och rikliga blödningar påverkade kvinnorna negativt och att detta ofta ledde till ett stort behov av rådgivning och stöd genom att barnmorskorna försökte bekräfta det normala. I en engelsk studie (Hope. S. Wagner. E. & Rees. M. 1998) sökte 75% av studiedeltagarna medicinsk rådgivning relaterat till klimakteriebesvär. De kvinnor med mer besvärliga symtom tenderade till att söka vård i högre grad än de med mildare symtom. Dessa kvinnor upplevde i högre grad klimakteriet som något negativt (Abernethy. K. 2014).

De flesta barnmorskor hade uppfattningar av att upphörandet av menstruationen var en lättnad för kvinnorna. För många kvinnor är den uteblivna menstruationen av central betydelse och ofta associerad med positiva känslor. De flesta kvinnor upplever en lättnad när menstruationen upphört och det är en stark markör för att kvinnan är i menopaus men de har ett behov av att få uttrycka detta och bli bekräftade i det (Lindh-Åstrand. L. et al 2007). Två av barnmorskorna hade uppfattningar om att det kunde vara en sorg för kvinnorna när menstruationen upphörde. För de flesta kvinnor är upphörandet av menstruationen något positivt men det är för vissa kopplat till sorg då menstruationen förknippas med en känsla av att vara ung eller att livet tappar sin mening när fertiliteten avtagit. Det hittades kulturella skillnader i hur upphörandet av menopaus där det i vissa kulturer förknippas med frihet och större möjligheter i arbetslivet och samhället (a.a.). Ingen av barnmorskorna i denna studie beskrev uppfattningar om kulturella skillnader i klimakteriet.

Underkategorin ”Sexualitet” visar uppfattningar om att sexuallivet kunde påverkas negativt under klimakteriet. Det beskrevs vara relaterat till torra slemhinnor och smärta i underlivet. En barnmorska beskrev även uppfattningar om att nedsatt sexlust var relaterat till smärta i underlivet men också till andra faktorer som ofta påverkade kvinnan i menopaus, så som relationen till kvinnans partner. Torrhet i vagina kan leda till dyspareuni och därmed också minskad sexlust och njutning men faktorer som tidigare sexualfunktion och hur kvinnans relation till sin partner ser ut tycks ha större inverkan på sexualfunktionen än de hormonella förändringarna (Dennerstein. L. Leher. P. Burger. P. Guthrie. J. 2005). Det är många psykosociala och hälsorelaterade faktorer som spelar in på sexualfunktionen hos kvinnor som är i åldern kring klimakteriet (Dennerstein L. Leher P., Burger P., Dudley E., 1999). Dessa faktorer innefattar om kvinnan har en sexualpartner, partners ålder och hälsa, längden på relationen, känslor gentemot partner, tidigare sexualfunktion, social status, utbildningsgrad, stressfaktorer, arbete, personlighets faktorer och negativa attityder till menopaus (a.a.). Klimakteriet är en period med både psykosociala men också biologiska förändringar men de hormonella förändringarna under menopaus tycks ha en mindre effekt på sexualfunktionen och välbefinnandet under menopaus än vad känslor gentemot partner har (Dennerstein. L. et.al.2005). Kvinnor tar ofta inte upp sexualitet med vårdpersonal spontant men uppskattar att bli tillfrågade men det är viktigt att vara uppmärksam på att sexuell dysfunktion kan vara relaterat till andra faktorer än hormonella förändringar.

Under ”De psykiska omställningarna” beskrevs emotionella- och humörförändringar som kvinnorna ofta upplever men barnmorskorna upplevde sig sakna kunskaperna för att kunna

tillgodose en adekvat rådgivning för att kunna möta dessa kvinnors behov. Det har gjorts flera studier (Vesco. KK., Haney. EM. Humphrey. L. Fu. Nelson. HD. 2007) kring humörförändringar under klimakteriet och ingen av dessa studier kunde påvisa huruvida symtomen är hormonrelaterade eller om andra faktorer inverkar. Antagligen inverkar andra livsfaktorer i hur den psykologiska hälsan påverkas under klimakteriet så som, övriga hälsan, tidigare depressioner, socioekonomiska faktorer och negativa livshändelser (a.a). Barnmorskor står inför en svår uppgift när de möter kvinnor med dåligt psykiskt mående under klimakteriet. Det är viktigt med en holistisk syn på kvinnan i klimakteriet för att en adekvat klimakterierådgivning ska kunna ges (Olazàbal. JC. et.al 1999).

”Att få tala med en barnmorska” resulterade i uppfattningar av att kvinnorna föredrog att träffa en barnmorska när det kom till klimakteriebesvär och att det var enklare att prata med en barnmorska då de flesta barnmorskor var kvinnor. Det kändes också naturligt för kvinnan att ta upp klimakteriebesvär när de kom för cellprovtagningar. Att barnmorskor ser sig själva som de som ska vårda kvinnor med klimakteriebesvär överensstämmer med tidigare forskning (Binfa L. et.al. 2011). Men de ansåg sig ändå sakna de psykosociala färdigheterna för att kunna bemöta kvinnornas behov i klimakteriet (Binfa L. et.al 2011). På grund av den intima beskaftenheten i gynekologisk- och kvinnohälsa, så krävs specifika kommunikativa färdigheter av den professionella (Christen R., Alder, J., & Bitzer, J. 2008). I studien (Christen R. et.al. 2008) undersöks om kvinnor som kommer för gynekologisk rådgivning föredrar kvinnliga gynekologer framför manliga gynekologer. Resultatet visade att kvinnor föredrar konsultation av kvinnliga gynekologer. Anledningen till att kvinnor i högre grad föredrar konsultation av kvinnliga gynekologer är inte könsrelaterad utan relaterat till de specifika kommunikativa färdigheterna, som i sin tur är könsrelaterade (a.a.). Barnmorskor saknar ofta de kommunikativa färdigheterna för att kunna bemöta de psykosociala aspekterna som påverkar kvinnornas liv i klimakteriet (Binfa L. et.al. 2011). Kvinnorna uttrycker en önskan om att barnmorskor ska ha utmärkta kommunikativa färdigheter. En generell åsikt i samhället och bland barnmorskor i studien är att kvinnor efter fyrtio års ålder går in i ett skede av progressiv försämring (Binfa L. et. al. 2001). Barnmorskorna har ett behov av att stärka sig själva som kvinnor och professionella både i privatlivet och i arbetslivet (a.a.). Att se på klimakteriet som ett östrogen bristtillstånd och användandet av HT har lett till att kvinnor ser sig själv som potentiellt sjuka och sköra (Woods N. 1999). Med detta perspektiv misslyckas hälso- och sjukvårdspersonal med att bemöta de psykosociala faktorerna som påverkar kvinnors hälsa och leder till en konflikt mellan de professionellas perspektiv och kvinnorna perspektiv på kvinnornas hälsa under övergångsåldern (Woods N. 1999). Det tycks råda en viss inkongruens mellan de uppfattningar som kvinnorna själva har och de uppfattningar som barnmorskorna har om vilken yrkeskategori kvinnorna helst vill få klimakterierådgivning av. Kvinnorna tycks mer ”passa på” att fråga när de ändå går på cellprovtagning men det råder en förvirring hos kvinnorna om vem de ska vända sig till.

Underkategorin ”Att undervisa om kroppen och om egenvård” resulterade i uppfattningar av att kvinnor i klimakteriet inte har tillräckliga kunskaper om klimakteriet och att de var i behov av ökade kunskaper kring kvinnans reproduktiva hälsa. Kvinnorna hade ofta

frågor om vad som händer i kroppen och vad de själva kan göra för att ta sig igenom klimakteriet. I Berterös (2003) studie framkommer det att kvinnorna som deltog hade en del kunskaper om de psykiska och fysiska förändringar kring klimakteriet. Men det var inte självklart för dessa kvinnor vad de själva kunde göra för att ta sig igenom dessa besvär, kvinnorna visade bristande kunskaper kring klimakterieperioden och saknade kunskaper till egenvård. Däremot var de flesta kvinnor i studien ense om att det är viktigt att motionera och hålla kroppen i gång även under klimakteriet (a.a). I en annan studie av Lindh-Åstrand, Brynhildsen, Hoffmann, Kjellgren och Hammar (2007) framkommer det att kvinnor är medvetna om att klimakteriet kan ge symtom i form av värmevallningar och att besvären orsakas av minskad östrogenproduktion. Men kvinnorna har begränsad kännedom om klimakteriet och hormonterapi. Kvinnorna i studien hade varierande kunskaper om hormonterapi och dess risker och fördelar. Endast ett fåtal kvinnor i studien var medvetna om att hormonterapi rekommenderas till kvinnor över 50 år (a.a). Författarna till denna studie anser att det är av stor vikt att alla kvinnor har kunskaper om klimakteriet samt de fysiologiska och psykologiska förändringarna som sker under klimakteriet. Enligt Marnocha, Bergstrom och Dempsey (2011) uttrycker sig kvinnorna endast ha lite grundläggande kunskaper om klimakteriet och är osäkra på de kroppsliga förändringarna som klimakteriet medför. Kvinnorna sökte kunskaper på nätet samt från sina vänner men kände inte att de fick svar på sina frågor (a.a). Enligt författarna till denna studie så är det viktigt att kvinnorna har kännedom om sin kropp och klimakteriet för att kunna ta sig igenom denna tidsperiod i livet. Barnmorskorna kan spela en viktig roll i att undervisa kvinnorna om vad som händer i kroppen under klimakteriet. Barnmorskorna hade även uppfattningar av att kvinnorna behövde undervisning om kvinnans reproduktion och vad som händer i kroppen under klimakteriet det fanns också ett behov av rådgivning kring egenvård. Flera av barnmorskorna beskrev en intention om att ge rådgivning anpassad efter den individuella kvinnans behov. Detta bekräftas i forskning som något önskvärt då varje kvinna har en individuell uppfattning om klimakteriet (Lindh-Åstrand. L. Hoffman. M. Hammar. M. & Kjellgren. K. 2005). Kvinnors tolkning av information påverkas av deras egen kunskap, erfarenhet, förväntningar och attityder (Lindh-Åstrand. L et.al. 2005). Därför är det viktigt att vårdpersonal vid rådgivning är medvetna om och kan identifiera kvinnors olika uppfattningar om klimakteriet. Medvetenhet om detta skulle medverka till en rådgivning där information ges på ett förståeligt sätt och att kvinnorna får svar på de frågor, som de ställer (Lindh-Åstrand. L et.al. 2005). I en studie (Binfa. L. et. al. 2011) ansåg sig barnmorskorna ge en holistisk vård till kvinnor i klimakteriet men i mötet med kvinnorna så gav de ofta vård utifrån ett biomedicinskt perspektiv.

”Att bli sedd och hörd” resulterade i uppfattningar om kvinnornas behov av bli tagna på allvar och få bekräftat att klimakteriet kan vara en svår period i livet. Klimakteriet är en viktig del i kvinnans liv, för vissa innebär det stora påfrestningar och vissa klarar sig igenom klimakteriet utan några besvär och bekymmer. Men för de kvinnor som har det svårt är det viktigt att ge de stöd och ta dessa kvinnor på allvar. När kvinnorna har svårt att ta sig igenom klimakteriet är det extra viktigt att uppmärksamma dessa kvinnor enligt författarna till denna (Marnocha, Bergstrom & Dempsey. 2011) studie. I studien (Manocha

et.al. 2011) beskrivs att kvinnorna upplever att sjukvårdspersonalen inte tar dem på allvar och att de inte lyssnar på vad de har för problem. Kvinnorna upplevde det som att personalen trodde sig veta vad de sökte för trots att de inte alltid fick berätta klart om vilka bekymmer som de sökte för. Ibland var sjukvårdspersonalen snabba på att ställa diagnos klimakteriet och tala om för kvinnorna att det är normalt, vilket gjorde att kvinnorna misstrodde sjukvården. För några kvinnor var det viktigt att få det bekräftat genom sjukvården att de hamnat i klimakteriet och få sina symtom och bekymmer bekräftade (Manocha et.al. 2011). Det är viktigt att kunna som barnmorska finnas tillgänglig för kvinnor, att lyssna på och bekräfta att de blir sedda och hörda. Det är också av stor vikt att barnmorskor förstår hur kvinnorna upplever klimakteriet och vad de går igenom för att kunna ge bra vård. När kvinnor upplever att de inte blir tagna på allvar kan det många gånger bero på en osäkerhet hos barnmorskorna, att de upplever sig inte ha tillräckliga kunskaper kring klimakteriet samt att tiden inte räcker till för dessa frågor.

Barnmorskorna beskrev att kvinnorna hade ett stort behov av rådgivning kring hormonterapi (HT) då det rådde en stor osäkerhet kring det. Det fanns uppfattningar av att kvinnorna var oroliga för risken för bröstcancer. Det fanns skilda uppfattningar bland barnmorskorna inom detta område. Generellt hade de barnmorskor som arbetade på gynekologisk mottagning mer kunskap kring HT än de barnmorskor som arbetade på barnmorskemottagning. Barnmorskorna på barnmorskemottagning diskuterade oftast inte HT med kvinnorna utan lämnade över diskussionen till läkare. Denna skillnad skulle kunna förklaras av att barnmorskorna på gynekologiska avdelningar och mottagningar kom i kontakt med kvinnor med svåra klimakteriebesvär i högre grad än barnmorskorna på barnmorskemottagningen. Barnmorskorna på gynekologisk mottagning hade dessutom ett mer nära samarbete med gynekologer, då de arbetade på avdelningar där det fanns en daglig dialog med gynekologerna. Läkemedelsverket (2004;3) rekommenderar östrogen till kvinnor med klimakteriebesvär i högst 5 år. Från början av 1980-talet till slutet av 1990-talet ökade användandet av hormonterapi i Sverige (Ekblad S. Bergendahl A. Enler P. Ledin T. Möller C. Hammar M. 2000) ökningen i användandet av HT nådde sin topp 1999 för att sedan dramatiskt minska i både Sverige och andra länder efter att Women's Health Initiativ (Rossouw JE., Anderson GL., Prentice RL., et al. 2002) visade i en stor studie att HT inte har preventiva effekter på kardiovaskulära sjukdomar. Därefter publicerades ytterligare en studie (Million Women Study Collaborators 2003), som bekräftade och stärkte tidigare studier om ökad risk för bröstcancer vid ett långtidsanvändande av HT. Pendeln har därefter vänt och nya studier (Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE, et al. 2007. Sturdee DW., MacLennan AH. 2006) har visat att om östrogenbehandling påbörjas i rätt tid, det vill säga inom 4-6 år efter menopaus, så skyddar det mot hjärt- och kärlsjukdomar och med enbart östrogenterapi finns heller ingen risk för bröstcancer. Efter WHI:s studie har detta lett till motsägelsefulla och konfliktfyllda rön om risker och fördelar kring HT, som leder till svårigheter för kvinnorna kring sitt beslutstagande om HT, som leder till att de istället söker sig till alternativa och mindre beprövade behandlingar (Lindh-Åhstrand L. et.al 2007). I en Svensk studie (a.a.) har bland annat kvinnors kunskaper kring hormonterapi studerats där resultatet visar att de har en

begränsad kunskap kring hormonterapi. En bättre kunskap och dialog bland de som arbetar med klimakterierådgivning skulle kunna stärka kvinnorna i att hantera en viktig period i livet (Lindh-Åhstrand L. 2007). För att kvinnorna som söker klimakterierådgivning ska kunna ta ett beslut kring HT som känns väl grundad och trygg, så är det viktigt att barnmorskor kan ge en informativ och korrekt rådgivning kring HT och dess effekter. Även om det är en läkares uppgift att förskriva HT, så ingår det i barnmorskors kompetensområde att kunna bemöta kvinnornas frågor kring klimakteriebesvär och HT (Socialstyrelsen, 2006).

Huvudkategorin ”Hinder för att tillmötesgå kvinnornas behov” resulterade i två underkategorier ”Att få tiden att räcka till” och ”Mer utbildning”. Dessa underkategorier beskrev uppfattningar som barnmorskorna hade om hur tidsbrist kunde vara ett hinder för att ge rådgivning på ett sätt där kvinnorna fick den hjälp de sökte för och därmed inte fullt ut kunna möta kvinnornas behov. Barnmorskorna hade uppfattningar om att kvinnorna hade behov av en rådgivning som krävde en mer avancerad utbildning om klimakteriet än vad barnmorskorna hade. De önskade sig mer utbildning för att kunna ge en adekvat rådgivning.

Enligt barnmorskorna som deltog i studien har tiden en stor betydelse för hur kvinnorna upplever mötet med barnmorskorna under klimakteriet. Många gånger har barnmorskor inte tillräcklig med tid för att kunna sitta och prata med kvinnorna om klimakteriet och deras bekymmer. Oftast blir det att ”mata in” information. Att ge råd har stor betydelse för kvinnorna men även att få stöd under klimakteriet är av stor värde för kvinnorna. Deltagarna i studien hade uppfattningar av att det var viktigt för kvinnorna att känna att de blev lyssnade till och att de blev tagna på allvar. I Binfa, Pantoja, Gonzalez, Ransjö-Arvidson, & Robertson (2010) studie visar resultat på att barnmorskor inte har tillräckligt med tid för att tillåta kvinnorna att ta upp andra frågor och funderingar som de har när de uppsöker vården i annat syfte. Ofta blir det att barnmorskorna försöker hitta snabba svar och lösningar istället för att ta sig tid att prata med kvinnorna om vad som är bekymret (a.a). I två studier av (Attree, 2001.; Macdonald, 2007) framkommer det att tiden har stor betydelse för patienternas upplevelse av sjukvården och personalen. Att som vårdpersonal vara tillgänglig för patienterna och ge de den tid som de behöver, inte ha bråttom har stor påverkan av hur patienterna upplever vården och personalen. I Macdonald (2007) studie framkommer att när sjukvårdpersonalen har tid för patienterna får patienterna känslan av att de är viktiga och blir lyssnade på, vilket leder ökat förtroende för sjukvården (a.a).

Resultatet visar att alla deltagare i denna studie upplevde sig inte ha fått tillräckliga kunskaper för att möta alla behov som kvinnorna har i klimakteriet. Detta beskrevs som bristfälligt från deras barnmorskeutbildning. De önskade mer utbildning kring klimakterierådgivning och hormonterapi. De kunskaper som dessa barnmorskor hade om klimakteriet hade tillskansat sig genom sitt arbete och genom att själva läsa in sig ämnet under tidens gång. Kunskaperna var också beroende på var de arbetade. Författarna till denna studie anser att barnmorskor har ansvaret för kvinnors hälsa under hela livsrytmen och att utrymmet för kvinnan i klimakteriet både ute i verksamheterna och på barnmorskeutbildningarna är väldigt begränsad. I Binfa et al.,(2010) studie framkommer

att barnmorskorna behöver mer utbildning om klimakteriet. Studien visar vidare på att barnmorskorna tycker att klimakteriet för många kvinnor är en normal process i livscykeln trots det så tycker barnmorskorna att det är viktigt att förbereda kvinnorna inför klimakteriet och dess symtom, men upplever att de saknar kunskaper kring klimakteriet för att kunna tillgodose kvinnornas behov. Barnmorskorna i studien upplevde att de saknade resurser om klimakteriet vilket gjorde det svårt att kunna tillgodose kvinnornas behov (a.a).

Kliniska implikationer

Många av informanterns kände osäkerhet inför klimakteriefrågor och att de inte hade tillräckligt djup kunskap om klimakteriet för att kunna ge rådgivning på ett tillfredställande sätt. Efter att intervjuat informanterna kunde författarna konstatera att samtliga informanter bar samma osäkerhet inför klimakteriebesvär och rådgivning. Informanterna beskrev att kvinnorna hade ett behov av få klimakteriet och dess symtom bekräftat som en naturlig del av livet och åldrandet. I flera studier har det påvisats att de flesta kvinnor ser på klimakteriet som en naturlig process som påverkas både av hormonella förändringar och av åldrandet (Lindh-Åstrand. L. Brynhildsen. J. Hoffman. M. Kjellgren. K. & Hammar. M. 2007). Enligt den teoretiska referensramen (Olazàbal. JC. et.al 1999) som användes i denna studie kan menopaus ses ur en psykosocial modell. Ur detta perspektiv ses menopaus som en naturlig del av utvecklingen, vilket inte bör behandlas medicinskt. Denna modell kan leda till personlig utveckling med ny kunskap och ökat självförtroende. Men för kvinnor med allvarliga klimakteriebesvär kan modellen leda till en inre konflikt med känslor av misslyckande och förlorat självförtroende (a.a). I en kvalitativ studie av (George. SA. 2002) gjord på kvinnor i menopaus beskrivs klimakteriet utifrån kvinnans egna förväntningar och erfarenheter. Även kvinnornas förståelse för de fysiska och emotionella förändringarna samt vilka beslut de tagit kring behandling och deras inträde i en ny fas i livet påverkar hur klimakteriet upplevs (a.a.). Det är av yttersta vikt att som barnmorska kunna se klimakteriet som en flerdimensionell process där både det naturliga och sociala aspekterna tas in men även de medicinska. Författarnas uppfattning är att barnmorskor har kunskap om vad som händer fysiologiskt under klimakteriet men att de saknar verktygen för hur de ska stötta kvinnan i klimakteriet utöver den medicinska rådgivningen. Informanterna önskade mer utbildning samtidigt som de kände att de är den yrkeskategori som borde arbeta med dessa frågor.

Förslag till vidare forskning

Många av barnmorskorna på en av barnmorskemottagningarna skulle läsa en kurs i klimakterierådgivning. Barnmorskorna själva ansåg sig vara i stort behov av denna kurs. Det vore av intresse att göra en studie om barnmorskors uppfattningar innan och efter en sådan utbildning för att utvärdera om förståelsen för kvinnan i klimakteriet fördjupats eller utökats.

Konklusion

Barnmorskor uppfattningar om kvinnors behov i klimakteriet stämde till stor del med den forskning som gjorts på kvinnor i klimakteriet. Barnmorskorna beskrev ofta kvinnornas behov utifrån ett holistiskt perspektiv men hade svårigheter med att ge en holistisk vård, då de saknade verktygen och utbildningen för att göra detta. Barnmorskorna tenderade till att fokusera mest på de fysiska besvären, som kvinnorna hade i klimakteriet. De hade svårt med rådgivningen vid psykiska besvär, då det inte gick att särskilja om det var klimakterierelaterat eller om det var psykisk sjukdom. Rådgivningen saknade oftast det psykosociala perspektivet och till viss del det medicinska. Barnmorskorna saknade även tillräckligt med utbildning, tid och utrymme för att kunna möta kvinnornas behov fullt ut.

REFERENSER

- Abernethy, K. (2014) Discussing vaginal dryness: A symptom of the menopause. *Nurse prescribing* 12 (11): 546-551
- Binfa, L., Pantoja, L., Gonzalez, H., Ransjö-Arvidson, A-B, & Robertson, E. (2011). Chilean midwives and midwifery students' views of women's midlife health-care needs. *27(4)*, 417-423. Doi: [dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.02.009](https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.02.009)
- Christen, R., Alder, J., & Bitzer, J. (2008). Gender differences in physicians' communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations. *Social Science & Medicine*, 66 (7), sid.1474-1483.
- Cumming G, Currie H, Moncur R, Lee AJ (2009) Web-based survey on the effect of menopause on women's libido in a computer-literate population. *Menopause Int* 15(1): 8–12. doi: 10.1258/mi.2009.009001
- Codex (2013). Hämtad 2013-12-26 <http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. (2:a uppl.). Lund: studentlitteratur.
- Daly, E., Grey, A., Barlow, D., McPherson, K., Roche, M. & Vessy, M. (1993). Measuring the impact menopausal symptoms on quality of life. *BMJ*. 307: 836-840.
- Dennerstein L, Lehert P., Burger P., Dudley E., (1999) Factors affecting sexual functioning of women in the mid-life years. *CLIMACTERIC*. 2:254-262.
- Dennerstein. L., Lehert P., Burger P., Guthrie. J. (2005) Sexuality. *Am J Med*. 118 59-63
- Domoney C, Currie H, Panay N, Maamari R, Nappi RE (2013) The CLOSER survey: impact of postmenopausal vaginal discomfort on women and male partners in the UK. *Menopause Int* 19(2): 69–76. doi: 10.1177/1754045313484139
- Ekblad S. Bergendahl A. Enler P. Ledin T. Möller C. Hammar M. (2000). Disturbances in postural balance are common in postmenopausal women with vasomotor symptoms. *Climacteric*. 3:192-198
- Etikprövningsnämnden. Hämtat 21 December, 2013, från <http://www.epn.se/sv/start/startside/>
- Freeman, E.W., Sammel, M.D., Lin, H., Liu, Z. & Gracia, C. R. (2011). Duration of menopausal hot flushes and associated risk factors. *Obstet gynecol*. 117(5), 1095-1104. Doi: 10.1097/AOG.0b013e318214f0de
- George SA. (2002). The menopause experience: a woman's perspective. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 31(1), 77-85.
- Gold, E.B., Bromberger, J., Crawford, S., Samuels, S., Greendale, G.A., Harlow, S. D. & Skurnick, J. (2001). Factors associated with age at natural menopause in a multiethnic sample of midlife women. *American Journal of Epidemiology*. 153(9), 865-874.

- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R.W., Sherman, S., Sluss, P.M. & de Villiers, T. J. (2012). Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. (STRAW). *Menopause, national institutes of health*, 19(4): 387-395. Doi 10.1097/gme.0b0131824d8f40
- Hall, L. Clark Callister, L. Berry, J.A. Matsumara, G. (2007). Meanings of Menopause. Cultural influences perception and management of menopause. *Journal of Holistic Nursing*. 25(2)106-118. DOI: 10.1177/0898010107299432
- Helsingforsdeklarationen. Hämtad 2013-12-26
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Hope. S., Wagner. E. Rees. M. (1998). Survey on British women´s view on the menopause and HRT. *Journal of British Menopause Society* 4, 33-36
- ICM – International Confederation of Midwives, Svenska barnmorskeförbundet (1999). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Stockholm: Svenska barnmorskeförbundet. Hämtad den 9 januari, 2014 från
http://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course06232/published/1383137122309/resourceId/10813157/content/Den%20internationella%20etiska%20koden%20f%C3%B6r%20barnmorskor.pdf
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2. uppl.). Hungary: Elanders Kft.
- Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys: exemplet fenomenografi*. Lund: studentlitteratur.
- Lindh-Åstrand. L. (2009). *Woman´s knowledge, attitudes, and management of the menopausal transition* (Doktorsavhandling, No. 1153). Linköping: Linköpings universitet.
- Lindh-Åstrand. L. Brynhildsen. J. Hoffman. M. Kjellgren. K. Hammar. M. (2007). Knowledge of reproductiv physiology and hormone therapy in 53- to 54-year-old Swedish Women: a population-based study.
- Li, C., Wilawan, K., Samsioe, G., Lidfeldt, J., Agardh, CD. & Nerbrand, C. (2002). Health profile of middle-aged women: The Women's Health in the Lund Area (WHILA) study. *Human Reproduktion*. 17(5),1379-1385.
- Läkemedelsverket (2004). Hormonbehandling i klimakteriet – ny gemensam produktresumé i Europa. *In formation från Läkemedelsverket*. 3:5-15
- Lövgren. K. (2012). Tanten som symbol: Åldrande och kvinnlighet. Liliequist M & Lövgren K (red.). *Tanten vem är hon?:En (t)antologi*. (s.139-163).
- Lövgren. K. (2012). ”Ååå tanter ååå tanter”: Tant-representationer och forskning. Liliequist. M. & Lövgren. K (red.). *Tanten vem är hon?: en (t)antologi*. (s. 23-59).

- McKinlay. S. Brambilla. D. Possner. J. (1992) The normal menopause transition. *Maturitas* 14 103-115
- Marton, F. & Booth, S. (2000). *Om lärande* (P, Wadensjö, Övers. 1:a uppl.) Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 1997)
- Motion (2012/13:13K382). Grundlagsändring för riksdagsbeslut. Stockholm. Hämtad 2014-01-10 http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Motioner/Grundlagsandring_H002K382/?text=true
- Nappi R.E., Lachowsky M., (2009). Menopause and Sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*. 63:138-141
- Nappi RE, Kokot-Kierepa M (2010). Women's voices in the menopause: Results from an international survey on vaginal atrophy. *Maturitas* 67: 233–8. doi: 10.1016/j.maturitas.2010.08.001
- Nosek, M., Kennedy, H. P., Beyene, Y., Taylor, D., Gilliss, C. & Lee, K. (2010). The effects of perceived stress attitudes toward menopause and aging on symptoms of menopause. *J Midwifery womens health*. (55), 328-334.
- Nosek, M., Kennedy, H.P. & Gudmundsdottir, M. (2012). Distress during the menopause transition: A rich contextual analysis of midlife women's narratives. *Sage open*. Doi: 10.1177/2158244012455178
- Olazábal JC., Panigua RG., & Luengo JM. (1999). Models of intervention in menopause: proposal of a holistic or integral model. *Menopause* 6, 264-272.
- Pimenta, F., Leal, I., Maroco, J., Ramos, C. (2011). Representations and perceived consequences of menopause by peri- and post- menopausal Portuguese women: A qualitative research. *Health care for women international*, (32), 1111-1125. Doi:10.1080/07399332.2011.603859
- Rossouw JE., Anderson GL., Prentice RL., et al. (2002) Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 288:321-33.
- Rossouw JE., Prentice RL., Manson JE., Wu LL., Barad D., M. Barnabei V., Ko M., LaCroix Z. A., Margolis L. K., Stefanick L. M. (2007). Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA*. 297(13):1465-77
- Rousseau, M. E. (1998). Reframing menopause. *Journal of nurse - midwifery*, 43(3), 208-223
- Schumacher KL & Meleis AI (1994). Transitions: a central concept in nursing. *IMAGE: J Nurs Scholarsh*. 2:119-127

Sommers, B. Avis, N. Meyer, P. Ory, Madden, T. Kagawa-Singer, M. Mouton, C. O'Neill Rasor, N. Adler, S. (1999). Attitudes Toward Menopause and Aging Across Ethnic/Racial Groups. *Psychosomatic Medicine*, 61:868-875.

Sjöström, B. & Dahlgren L.O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*. 40(3), 339-345.

Sturdee DW., MacLennan AH. (2006). The pendulum swings back: estrogen is now beneficial if started at right time. *Climacteric*. 9:73-74.

SFS 2003:615 Förordning om etikprövning av forskning som avser människor. Hämtad 2013-12-26, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Forordning-2003615-om-etikp_sfs-2003-615/

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf

Uljens, M. (1989). *Fenomenografi-forskning om uppfattningar*. Lund: Studentlitteratur.

Vesco. KK., Haney. EM. Humphrey. L. Fu. Nelson. HD. (2007). Influence of menopause on mood: a systematic review of cohort studies. *Climacteric*. 10(6):448-465

Woods. N. (1999). Midlife woman's health: Conflicting perspectives of health care providers and midlife woman and consequence for health. Clarke A.E. *Revisioning woman, health and healing. Feminist, cultural and technoscience perspectives*. Routledge, New York and London. 343-354.

World health organization. (1981). *Research on the menopause*. Report of a WHO scientific group. Geneva

Writing Group for the Million Women Study collaborators (2003). Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Woman Study. *Lancet*. 362:419-427

BILAGA 1

Förfrågan om tillstånd och hjälp att tillfråga barnmorskor om deltagande i studien.

Det finns en del forskning kring kvinnors upplevelse av klimakteriet men det saknas forskning gjord ur barnmorskornas perspektiv. Klimakteriet beskrivs som en del av det naturliga åldrandet hos kvinnor men ändå en väldigt individuell förändring hos varje kvinna. De flesta kvinnor upplever någon form av symtom under klimakteriet men det finns ändå stora variationer. Traditionellt har barnmorskan ansvarat för den normala graviditeten och barnafödandet men med tiden har ansvarsområdet utvidgats till att även omfatta kvinnan efter den reproduktiva åldern. Vi är därför intresserade av att få kunskap om barnmorskors uppfattning av de behov som kvinnor i klimakteriet har.

Vi söker barnmorskor som jobbar på mödravården eller på gynmottagning. För att samla in data kommer en kvalitativ ansats att användas. Deltagarna kommer att bli intervjuade med en öppningsfråga och därefter några få några följdfrågor. Intervjuerna beräknas att ta ca 30-60min och kommer att spelas in för att sedan transkriberas.

De barnmorskor som väljer att delta kommer att få ett informationsbrev om studien. I brevet får deltagarna information om studiens syfte och genomförande, samt information om att deras deltagande är helt frivilligt och att de kan avbryta när som helst under intervjun utan att tala om varför. Deltagarna ska även informeras om att alla personuppgifter kommer att behandlas konfidentiellt och att personuppgifterna kommer att förvaras säkert och oåtkomligt för obehöriga. Allt insamlat material kommer att avidentifieras. Detta innebär att inga uppgifter som kan identifiera deltagarna kommer att användas.

Om du godkänner att studien genomförs på Gynmottagningen i Skaraborgssjukhus är vi tacksamma för din underskrift senast den

Har du ytterligare frågor kring studien är du välkommen att höra av dig till oss eller våra handledare.

Med vänliga hälsningar

Barnmorskestudent

Rondik Mohamad

a13ronmo@student.his.se

0736214872

Handledare

Elisabeth Hertfelt Wahn

elisabeth.hertfelt.wahn@his.se

0500448431

Barnmorskestudent

Mirja Back

a13mirba@student.his.se

0760288891

Handledare

Stina Thorstensson

stina.thorstensson@his.se

0500448455

BILAGA 2

Information och förfrågan till barnmorskor om deltagande i studien angående barnmorskors uppfattning av kvinnors behov i klimakteriet.

Bakgrund och syfte

Klimakteriet är en del av det naturliga åldrandet hos kvinnor men ändå en väldigt individuell förändring hos varje kvinna. De flesta kvinnor upplever någon form av symtom under klimakteriet men det finns ändå stora variationer. Traditionellt har barnmorskan ansvarat för den normala graviditeten och barnafödandet men med tiden har ansvarsområdet utvidgats +till att även omfatta kvinnan efter den reproduktiva åldern. Det finns få studier gjorda utifrån barnmorskors perspektiv på klimakteriet och vi är därför intresserade av att få kunskap om barnmorskors uppfattning av vilka behov kvinnor i klimakteriet har och hur de kan möta dessa behov.

Förfrågan om deltagande

Härmed blir du tillfrågad om du vill delta i studien om barnmorskors uppfattningar av kvinnors behov i klimakteriet.

Hur studien går till

Vi kommer att vilja intervjua dig. Utifrån din egen beskrivning av din uppfattning av kvinnors behov i klimakteriet så kommer vi att även ställa några följdfrågor. Intervjun beräknas pågå mellan 15-30 minuter och kommer att spelas in på för att efteråt kunna skrivas ned i text.

Innebär ditt deltagande några risker eller fördelar

Vi bedömer att risker förknippat med ett deltagande är väldigt små. Fördelar med att delta är att barnmorskorna får en möjlighet att reflektera kring ämnet.

Hantering av insamlade data

Den inspelade intervjun kommer att behandlas på så sätt att obehöriga inte kommer åt materialet. Intervjumaterialet kommer att kodas, så att det vid analys inte går att avgöra vilken intervju datamaterialet hör till. Det kommer inte att framkomma några personuppgifter i studien och det kommer heller inte att vara möjligt att ta reda på att just du deltagit.

Frivillighet och informerat samtycke

Deltagandet i denna studie är frivilligt och du kan närhelst under studiens gång avbryta din medverkan utan att ange orsak till ditt beslut. Om du tackar ja, så kommer vi att kontakta dig via telefon eller maila för att bestämma en tid för intervjun. Du samtycker till deltagande i studien genom att delta i intervjun. Om du är intresserad av att delta så kan du kontakta oss via mail eller telefon.

Vid frågor kring studien är du välkommen att vända dig till

Barnmorskestudent

Barnmorskestudent

Mirja Kumpula Back

Rondik Mohamad

076-0288891

073-6214872

a13mirba@student.his.se

a13ronmo@student.his.se

BILAGA 3

1. Ålder?
2. Vilket år tog du din barnmorskeexamen?
3. Vilken/vilket högskola/universitet tog du din examen?
4. Vilken barnmorskemottagning/gynmottagning arbetar du på?
5. Hur länge har du arbetat inom denna verksamhet?
6. Vilka utbildningar har du utöver barnmorskeutbildningen?

Tillstånd att inhämta data för en empirisk studie tillstyrks:

.....
Namn

.....
Befattning

.....
Datum