



**MALMÖ HÖGSKOLA**

Hälsa och samhälle

# KLIMAKTERIET – EN HÄNDELSE I LIVET

En litteraturstudie om kvinnors förväntningar av klimakteriet.

MARINA NILSSON  
JOHANNA PERSSON

Examensarbete  
Kurs HT.01.3  
Sjuksköterskeprogrammet  
2004-02-04

Malmö Högskola  
Hälsa och Samhälle  
205 06 Malmö  
e-post: [postmasterhs.mah.se](mailto:postmasterhs.mah.se)

# KLIMAKTERIET – EN HÄNDELSE I LIVET

**En litteraturstudie om kvinnors förväntningar  
av klimakteriet.**

*Marina Nilsson*

*Johanna Persson*

Nilsson, M & Persson, J (2004) Klimakteriet – en fas i livet. En litteraturstudie om kvinnors upplevelser av klimakteriet. *Examensarbete i omvårdnad, 10 poäng.* Malmö Högskola, Hälsa och samhälle, Avdelning för omvårdnad.

Syftet med studien var att få kunskap om kvinnors förväntningar av de första åren av klimakteriet för att öka vår förståelse för att kunna ge en professionell omvårdnad till dessa kvinnor. Litteraturstudien bygger på vetenskapliga artiklar. Ur resultaten fick vi fram 4 olika teman: Förväntningar, förändringar, ställningstagande och val samt stöd eller icke stöd. Resultatet visar att kvinnors upplevelser av klimakteriet skiljer sig från varandra. Det framkommer både positiva och negativa aspekter. Samhälle och omgivnings syn på klimakteriet spelar även en roll för hur kvinnor upplever klimakteriet.

*Nyckelord:* Klimakteriet, litteraturstudie, omvårdnad

# THE CLIMACTERIC – AN EVENT OF LIFE

**A literature review on women's expectations  
of the climacteric.**

*Marina Nilsson*

*Johanna Persson*

Nilsson, M & Persson, J (2004) The climacteric – A phase of life. A literature review on women's experiences of the climacteric. *Examination paper, 10 credit points*, Nursing programme. Malmö University, Health and Society, Department of Nursing.

The purpose of this study was to achieve knowledge about women's expectations of the first years of the climacteric and assess how we can use this knowledge in nursing. This study is based on scientific research reports. From the results we constructed four different themes: expectations, changes, standpoint and choice and support or no-support. The results show that women's experiences of the climacteric differ from each other. Both positive and negative aspects are described. Society and women's social network play a significant part in how women experience the climacteric.

*Keywords:* climacteric, literature review, nursing

## FÖRORD

Nu står vi här med vårt färdiga examensarbete i händerna. Det har varit kämpigt men intressant. Vi vill tacka varandra för ett gott samarbete med många roliga stunder men även stunder i förtvivlan. Ett stort tack till Solvig Falk som ledde oss in på rätt bana när vi i början var vilse.

Vi vill tacka vår underbara och duktiga handledare Azam Edalatjov för att hon stöttat oss och trott på oss fast vi ibland inte själva gjort det. Du har fått oss på gott humör med din positiva inställning när allt känts hopplöst.

Malmö 2004-01-06

*Marina Nilsson*

*Johanna Persson*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Begreppet klimakteriet	5
Historik	6
Teoretisk referensram	7
Tidigare forskning	8
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	10
METOD	10
Litteratursökning	10
Strategier för bedömning av vetenskapliga artiklar	11
Bearbetning	11
Analys av vetenskapliga artiklar	12
Presentation av analyserade artiklar	12
RESULTAT	13
Förväntningar	13
Förändringar	14
Ställningstagande och val	15
Stöd eller icke stöd	17
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	19
Slutsats	21
REFERENSER	22
BILAGOR	24

## INLEDNING

*”Klimakteriet har haft en magisk effekt på vårt sexliv. Det blev som bortblåst. Min slida har blivit en rudimentär konstruktion. Den är ungefär lika väsentlig för mitt sexliv som blindtarmsbihanget. Läget är så förtvivlat att det numera kan räknas som en sexuell upplevelse att se en video med Madonna.” (Sand, G 1994 s 160)*

En kvinna berättade för sin läkare att hon klarade av sina klimakteriesymtom med alternativa behandlingar och att hon drack mycket mjölk för att få i sig kalcium. Läkaren ville inte lyssna utan frågade *”finns det verkligen inget du inte gillar med klimakteriet?”*. Kvinnan svarade att hon var hudterapeut och tittade sig själv i spegeln 50 timmar i veckan och hon tyckte inte om att se hur snabbt hennes ansikte åldrades. Hon beskrev hans reaktion på detta, Hans ansikte lös upp och han flyttade sin stol närmre mig så att vi satt ansikte mot ansikte och så sa han *”Ditt ansikte är uppbyggt av hud och muskulatur, kroppsvävnader. Så snabbt som den vävnaden åldras, så snabbt åldras resten av all vävnad i din kropp. Ditt hjärta, dina lungor, dina njurar, din lever, ja till och med din hjärnvävnad”*. *”Då tänkte jag, Å Nej! Inte min hjärna! Det är ju ändå min hjärna!”* (Winterich et al, 1999 s.67).

## BAKGRUND

Under denna text kommer vi att presentera begreppet klimakteriet. Vi tar även upp vad vi tycker är spännande historik samt tidigare forskning kring ämnet.

### **Begreppet klimakteriet**

Klimakteriet är ingen sjukdom, lika lite som graviditet eller menstruation är det. Men det är en stor hormonell och biologisk omställning i kroppen, som på sikt kan leda till kraftigt ökad risk för allvarlig sjukdom.

Menopaus betyder slut på menses. Den medicinska definitionen på menopausen är den sista menses innan tolv blödningsfria månader. Därför kan man egentligen bara fastställa menopausen ett år efter att den inträffat.

Premenopaus är de sista 10-15 åren av den fertila delen av vårt liv. Perimenopaus är tiden med hormonella förändringar före menopausen. Postmenopaus är tiden efter menopausen, resten av vårt liv. Klimakteriet är inte lika väldefinierat. Det kan starta många år före menopausen och hålla på flera år efteråt. Det kopplas ofta ihop med perioden med tydliga symtom. Exempel på de allra första symtomen kan vara sömnproblem, ökad värmekänsla, en känsla av att vara *”rörig i huvudet”* samt en lättare form av inkontinens. En del kvinnor känner sig lite nedstämda men inte deprimerade. Det finns inget samband mellan depression och klimakteriet (Hjertstrand, 1999).

I Weström (1997) står det att i Sverige upplever de flesta kvinnorna sin menopaus i 50 – 52-års ålder. Klimakteriet är, liksom puberteten, en period av omställningar, både fysiskt och psykiskt. I samband med menopaus sker en hel del kroppsliga förändringar. De minskade östrogennivåerna i blodet ger en stimulering av hypofysen att insöndra ökande mängd äggstocksstimulerande hormon FSH. Hög FSH-halt är därför påvisbar i blodet hos kvinnor nära och efter menopausen.

Östrogenbristen leder till karaktäristiska så kallade vasomotoriska symtom som yttrar sig i form av vallningar, svettningar, hjärtklappning etc. Psykiskt måste kvinnan acceptera att hennes fertila period tar slut. Både de fysiska och psykiska besvären varierar i intensitet och tid. Många kvinnor passerar klimakteriet utan påtagliga besvär, medan andra kan ha årtal av behandlingskrävande besvär. Under klimakteriet sker ofta ytterligare en nedgång i lusten till sexuell samvaro. Bakom detta ligger ofta de klimakteriska besvären, en känsla av att bli gammal och som sexualobjekt inte längre vara tillräcklig. Många kvinnor upplever dock en ökad sexuell lust efter klimakteriet, då risk för graviditet inte längre föreligger. Den minskade östrogeninsöndringen leder till atrofi i slemhinnorna i vulva och vagina. Uterus minskar i storlek. Atrofierna yttrar sig som tunnhet, skörhet och torrhet i slemhinnorna. Ibland tillkommer klåda. Atrofierna kan leda till bekymmer, framförallt vid samlag då torrheten och skörheten kan ge smärtor (dyspareuni) och blödningar. Under klimakterieåren är en förstående attityd från omgivningen mycket viktig. Stödande samtal med saklig information och tillfälle att ventilera de olika problemen gör ofta mer nytta än mediciner. Här har sjuksköterskor och vårdpersonal på alla vårdnivåer en viktig uppgift. Konsultationer för en lång rad kroppsliga småkrämpor kan vara signaler på behov av stöd. De rent klimakteriska besvären avtar i de flesta fall gradvis. Så småningom kommer ett accepterande och upptäckter av nya värden i livet under den postmenopausala perioden (Weström, 1997).

## Historik

På 1700-talet såg man menstruationen som ett sätt för kroppen att göra sig av med orenheter. När menopaus inträffade trodde man att blodet stannade kvar i kroppen och den logiska lösningen för att få bort det överflödiga blodet var att applicera blodiglar på kvinnans genitalier, rygg och nacke.

De första dokumenten som finns skrivna om menopaus är från 1700-talet. På denna tid trodde man att de flesta sjukdomstillstånd orsakades av dåligt humör eller av människans egna kroppsvätskor. Blodiglar, växtextrakt och åderlåtning var vanliga ordinationer.

1812 använde den franske läkaren de Gardanne termen menopaus för första gången. Under 1800-talet blev termen mer vida känd. Det var även nu som man började intressera sig mer för anatomi och detta ledde till att man sökte sjukdomsorsaker i olika organ och inte längre i kroppsvätskor.

Kvinnors viktigaste roll i samhället var att föda barn och därför var hennes fortplantningsorgan centrala. Man trodde att kvinnans natur, essence och hennes totala välbefinnande hade sitt ursprung ur dessa. När någonting var fel, antingen fysiologiskt eller psykologiskt trodde man att orsaken var hennes fortplantningsorgan. Man behandlade tillstånd, alltifrån irritabilitet till melankoli med hysterektomi (avlägsnade av livmoder och äggstockar).

I början på 1900-talet ökade intresset för psykoanalytiker. Dessa tolkade depressiva symtom i samband med menopaus som sorg över förlusten av sin reproduktiva förmåga och femininitet. Samtidigt som dessa tankar florerade höll en stor förändring på att hända. Forskare hade funnit substanser i olika kroppsvävnader och organ som visade sig ha effekt i andra delar av kroppen. Dessa kraftfulla substanser kallades hormoner men deras medicinska användande var ännu okänt.

1925 använde man sig för första gången av östrogen som ett experiment för att försöka bota vissa tillstånd så som håravfall, hudproblem, melankoli, schizofreni samt menstruella problem. 1930 använde man östrogen för att lindra menopausala

symtom. Tillgången var begränsad fram till 1943 då man upptäckte att man kunde utvinna östrogen ur urinen från ett dräktigt sto. Preparatet såldes under namnet Premarin®. 1960 slog preparatet genom på marknaden. Östrogen sågs som ett mirakelpreparat. Det var så populärt att 1975 var Premarin® ett av de mest sålda läkemedlen i västvärlden. Senare samma år sprack bubblan. Studier publicerades som visade att risken för att drabbas av endometriecancer ökade. Läkare och patienter tappade förtroendet för läkemedlet och försäljningen rasade fram till på 80-talet då man tillsatte progesteron för att skydda endometriet. Progesteron och östrogen är idag det vi kallar kombinerad hormonbehandling även kallat HRT (Hormone Replacement Therapy) (Menopause 1700-2000).

Det var ett glädjeämne att skriva bakgrunden. Det var intressant att få en inblick i hur klimakteriet uppfattades förr och hur det uppfattas idag samt att söka fakta och verkligen se hur forskningen utvecklas och används.

### **Teoretisk referensram**

Med tanke på vårt syfte med denna studie angående kvinnors upplevelse av klimakteriet och hur upplevelserna skiljer sig fann vi det lämpligt att använda oss av Leininger's (1995) omvårdnadsteori som teoretisk referensram.

Teorins huvudtes lyder: Genom att erbjuda kulturbaserad omvårdnad ska man underlätta för patienter att tillfriskna från sjukdom, alternativt förebygga ohälsa, och därmed förbättra kvaliteten på omvårdnaden av människor med olika eller liknande kulturell bakgrund. Omvårdnaden måste anpassas efter patienternas kulturellt betingade värderingar, övertygelser och livsstilar.

Leininger definierar omvårdnad som en inlärd humanistisk och naturvetenskaplig profession och disciplin, som fokuserar på mänskliga omsorgsfenomen och aktiviteter i syfte att hjälpa, stödja och befrämja eller förstärka individers eller grupperns förmåga att bevara eller återvinna välbefinnande på ett kulturellt meningsfullt och gynnsamt sätt, eller att hjälpa människor att bemästra handikapp eller döden.

De viktigaste elementen i Leininger's teori är omsorg (care) och att ge omsorg (caring). Hon skiljer på naturlig respektive professionell omsorg. Den naturliga omsorgen är den kulturellt inlärd och generationsöverförd hjälpande, stödjande eller underlättande handlingar som man gör för en annan människa med avsikt att lindra eller förbättra livssituationen.

Den professionella omsorgen är kunskap inlärd via formell utbildning som bygger på humanistisk eller naturvetenskaplig grund som har till syfte att stödja, befrämja eller förstärka individers eller grupperns förmåga att bevara eller återvinna välbefinnande samt att hjälpa människor att bemästra handikapp eller bemöta döden.

Två andra begrepp som är viktiga enligt Leininger är kultur (culture) och subkultur (subculture). Kultur är inlärd, delad och överförd värderingar, övertygelser, normer och livsstil hos en specifik grupp. Kulturen vägleder en individ eller gruppen i deras tänkande, beslutsfattande och agerande enligt ett förutbestämt mönster.

Leininger har formulerat 13 antagande som är ett resultat av induktivt och deduktivt tänkande samt studier och erfarenheter av omvårdnad och antropologi.

Av dessa ansåg vi att 6 stycken var av intresse för vårt arbete. Dessa är:

1. Omsorg (care) är omvårdnadens kärna och ett distinkt, dominant, centralt och förenande fokus.



2. Omsorg/att ge omsorg (care/caring) är väsentligt för välbefinnande, hälsa, läkning, växt, överlevnad och bemästring av handikapp och död.
3. Kulturrelaterad omsorg är den bredaste och mest holistiska metoden för att lära känna, förklara, tolka och förutsäga sådana omvårdnadsfenomen som ligger till grund för omvårdnadens utövning.
4. Omsorg/att ge omsorg (care/caring) är väsentligt för bot och läkning, för utan omsorgsutövning (caring) kan det inte finnas något bot (curing).
5. Gynnsam, sund och adekvat kulturbaserad omvårdnad bidrar till välbefinnande hos individer, familjer, grupper och samhällen inom deras miljömässiga kontext.
6. Kulturspecifik omvårdnad kan endast utövas om kulturrelaterade värderingar, uttryck eller mönster är kända och tillämpas på ett lämpligt och meningsfullt sätt av sjuksköterskan i kontakt med individer och grupper.

I sunrisemodellen (bilaga 6) beskriver Leininger (1995) de komponenter som man bör ta hänsyn till för att kunna bedriva en holistisk transkulturell omvårdnad. Modellen har valts för att symbolisera förhoppningen att teorin skulle leda till ny kunskap som i sin tur leder till en höjd kompetens hos sjuksköterskor. Solstrålarna innehåller samhällets olika delar så som utbildning, ekonomi, politiska faktorer, kulturellt betingade värderingar, sociala faktorer, religiösa faktorer samt teknologiska faktorer. D.v.s. hela den kulturella och sociala strukturen som utgör den värld vi lever i. Själva den uppåtgående solen utgör vårt hälso- och sjukvårdssystem. Pilarna och de streckade solstrålarna symboliserar ett gränslöst system där alla komponenterna påverkar varandra och bör tas hänsyn till. Under horisonten finns tre cirklar som går i varandra, i mitten omvårdnaden som omges på ena sidan det naturliga systemet och på andra sidan det professionella. Detta för att symbolisera att både den naturliga och den professionella omvårdnaden är lika viktiga. Därunder följer sedan 3 strategier för handling och beslut, när man arbetar med kulturrelaterad omvårdnad.

1. Kulturrelaterat bevarande/eller upprätthållande
2. Kulturrelaterad anpassning och/eller förhandling
3. Kulturrelaterad omformning och omstrukturering

(Leininger, 1995)

### **Tidigare forskning**

Värmevallningar är det vanligaste symtomet som perimenopausala och postmenopausala kvinnor klagat över. Nästan alla kvinnor upplever värmevallningar någon gång under sitt liv. Det är en subjektiv känsla av värme med objektiva tecken på kärldilatation och temperatursänkning. Värmevallningen kan följas av svettningar, rodnad, hjärtklappning, ångest, irritabilitet och till och med panik (Stearns et al, 2002). Kvinnorna kan uppleva värmevallningarna allt från ett par månader till år före och efter menopaus (Rousseau, 1998). Värmevallningarna har olika intensitet, de kan vara några få sekunder eller upp till en timme och kan ge allt från lätt värme till kraftiga svettningar. Det kan ske ofta eller då och då. Vissa kvinnor upplever det bara som ett lättare obehag medan andra upplever det så jobbigt att det stör arbete, sömn och dagligt liv. Värmevallningarna minskar spontant efterhand sedan menopaus inträffat. Den främsta orsaken till att behandla värmevallningarna är den negativa effekten de har på kvinnors välbefinnande och deras dagliga liv (Greendale et al, 1999). Incidensen av värmevallningar varierar från studie till studie och från ett

geografiskt område av världen till ett annat. En studie av kvinnor tillhörande Mayastammen visade att de varken förväntade sig eller upplevde värmevallningar. I USA och Europa är värmevallningar mer vanligt förekommande hos kvinnor i lägre samhällsklasser medan det i Asien är mer vanligt förekommande hos den högre samhällsklassen (Rousseau, 1998).

Klimakteriet inträffar vid livets mittpunkt. Man kan se den här perioden i termer av en ökad sårbarhet och en interaktion mellan biologiska och sociala faktorer. Kvinnors tidigare erfarenheter, personlighet, tidigare sätt att hantera stress och inlärd beteendemönster påverkar sannolikt det sätt på vilket de reagerar på den hormonella omställningen (rapport nr: 38, 1998).

Menopaus har länge associerats med psykiska problem, speciellt depression. Studier har dock visat att psykiska problem under klimakterieperioden har mer med sociala och personliga omständigheter att göra (Rousseau, 1998). Det finns en ökad risk för depression hos kvinnor som genomgått en medicinsk menopaus, d.v.s. hysterektomi. Det har gjorts lite undersökningar huruvida kvinnor som har upplevt en prematur menopaus har upplevt depression eller inte. Det har visat sig att kvinnor som befinner sig mellan den perimenopausala och den postmenopausala perioden också upplever ökade sömnsvårigheter som i sin tur påverkar humöret negativt.

Den senaste forskningen har konsekvent funnit att depression har mer att göra med följande psykosociala influenser i kvinnors liv än menopaus:

- ?? Tidigare depression
- ?? En negativ attityd till menopaus och åldrande
- ?? Ökad stress och vardagsproblem
- ?? Upplevelse av svåra menopausala symtom
- ?? Fysisk inaktivitet
- ?? Rökning
- ?? Dåligt förhållande eller saknad av partner
- ?? Låg samhällsklass och/eller arbetslöshet (Deeks, 2003)

Deeks (2003) skriver i sin studie att tidigare upplevelser av humörsvängningar, en negativ attityd emot menopaus och åldrande, stress och negativa händelser i livet, bemästrande av dagligt liv, personlighet och dåligt självförtroende sannolikt har mer att göra med nedstämdhet hos menopausala kvinnor än klimakteriet i sig. Självförtroende bidrar en hel del till hur kvinnan i klimakteriet känner och upplever sig själv. Man har funnit i studier att kvinnor som uppgav sig själv ha bra självförtroende även upplevde färre klimakteriska symtom, därför är det viktigt för vårdpersonal att uppmärksamma kvinnor med sämre självförtroende. Rapport nr: 38 har tagit upp att studier har visat att hög grad av socialt stöd tycks motverka menopaussymtom. Man har även funnit att yrkesarbete och egen inkomst tycks skydda mot vasomotoriska symtom. Utbildningsnivå och yrkesarbete spelar stor roll för hur kvinnor upplever klimakteriet. Resultat från olika studier tyder på att kvinnor med lägre utbildning och monotona arbetsuppgifter samt små möjligheter att påverka sitt arbete upplever mera menopaussymtom (rapport nr: 38, 1998).

Body image innebär det sätt som kvinnan tänker och känner om sin kropp och även hur hon ser sig själv i spegeln. Deeks (2003) skriver i sin studie att fysiologiska symtom i samband med klimakteriet så som värmevallningar kan påverka kvinnans body image. Kroppsliga förändringar i samband med åldrande kan också bidra till att påverka kvinnans body image negativt. Kvinnor som inte är tillfredsställda med sitt utseende har visat sig uppleva fler klimakteriesymtom. En negativ body image verkar vara ett problem för vissa kvinnor i klimakteriet.

Många av dessa kvinnor har dåligt självförtroende och har svårt att känna att de har kontroll över sitt liv (Deeks, 2003).

Hos både män och kvinnor avtar det sexuella intresset med stigande ålder. Man har i studier funnit ett hastigare avtagande intresse hos kvinnor. I såväl longitudinella som tvärsnittsstudier har man funnit att den sexuella aktiviteten och intresset för sexuellt samliv hos kvinnan avtar kring menopausen. Klinisk erfarenhet talar för att vissa kvinnor upplever vasomotoriska symtom som besvärande och hämmande för det sexuella intresset. Blodvallningar och svettningar med åtföljande störd nattsömn, trötthet etc. kan därför indirekt påverka sexlivet negativt. Man har dock inte kunnat fastställa direkta samband mellan menopausalt status och sexuella problem i populationsbaserade studier. Sammantaget tycks en del förändringar i kvinnors sexuella motivation och beteende uppträda under de perimenopausala åren. Det är dock svårt att säga säkert om dessa förändringar beror på hormonella faktorer, ålder, relationen till partnern eller partnerns bristande intresse (rapport nr: 38, 1998).

Eftersom detta är ett relativt outforskat ämne och något man som sjuksköterska möter dagligen både bland patienter, kollegor och anhöriga ansåg vi att det var ett viktigt ämne att studera. Detta för att kunna stödja och vägleda kvinnor i den individuella situation de befinner sig i under klimakteriet.

## SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Denna litteraturstudie syftar till att undersöka kvinnors förväntningar av de första åren av klimakteriet. Därigenom öka vår förståelse för att kunna ge en professionell omvårdnad till dessa kvinnor.

*Hur upplever kvinnor klimakteriet under de första åren?*

## METOD

Under denna rubrik kommer vi att ta upp hur vi har gått tillväga under arbetets gång. Vi tar upp litteratursökning, avgränsningar, sökord, strategier för bedömning av vetenskapliga artiklar, bearbetning, analys av vetenskapliga artiklar, presentation av analyserade artiklar samt den teoretiska referensramen.

### **Litteratursökning**

Denna studie baseras på vetenskapliga artiklar samt på annan litteratur så som faktaböcker och tidskrifter. Vi har använt oss utav Malmö Högskolas databaser PubMed, Cinahl, Elsevier och ELIN Malmö för att söka vetenskapliga artiklar. För att få korrekta MeSh-termer använde vi oss utav SweMed+. De artiklar som vi inte kunde hitta i fulltext genom databaserna beställde vi genom Hälsa och Samhälles bibliotek på Malmö Högskola. I urvalet ingår endast artiklar på engelska. Resultatet av sökningarna redovisas i (bilaga 1). Faktaböcker och tidskrifter söktes manuellt i Malmö Högskolas bibliotek, Hälsa och Samhälle.

De vi ville undersöka var kvinnor som befann sig allt från perimenopaus till postmenopaus. D.v.s. kvinnor som befann sig i den 10 års period som kallas klimakteriet. Vi exkluderade kvinnor som genomgått medicinsk menopaus. I samband med att vi beställde artiklar via Hälsa och Samhälles bibliotek på Malmö Högskola bestämde vi oss för att artiklarna fick kosta max 20 kronor och därmed söktes artiklarna endast inom Norden. Sökorden vi använde oss av var följande: Climacteric i kombination med menopause, HRT, experiences, emotions, physical health, symptoms, hot flashes och wellbeing. Detta redovisar vi i (bilaga 1).

### **Strategier för bedömning av vetenskapliga artiklar**

Vi har använt oss utav Goodmans metod för att både söka och bedöma våra artiklar samt för att skriva själva arbetet (SBU, 1993). Goodmans metod vilar på sju systematiska steg. Den kursiverade texten är vår egen översättning av Goodmans benämningar och resten är våra kommentarer. Vi har valt att använda oss av de fem första punkterna.

1. *Formulera problemet.* En klar avgränsning av forskningsområdet är mycket viktig för att vi ska kunna söka relevant litteratur. Genom att formulera ett klart forskningsproblem framgår syftet med studien och vem vi vill ska ha användning för studien.
2. *Specificera inklusions- och exklusionskriterierna för använda studier.* Det är viktigt att klart och tydligt beskriva vilka studier som ska ingå och vilka som ska utelämnas.
3. *Formulera en strategi för litteratursökningen.*
4. *Genomföra litteraturundersökningen och insamling av relevanta artiklar*
5. *Tolka evidensen från de enskilda studierna.* Vi använde oss av SBU (1993) för att strukturera vårt arbete. Polit, Beck & Hungler (2001) användes när vi bearbetade och kvalitetsbedömde vår litteratur. Vi använde oss även av Burnards (1996) analysmetod för att få inspiration till vår textanalys.

### **Bearbetning**

Efter sökning i databaserna gick vi igenom titlar och abstract för alla artiklar vilket resulterade i 15 artiklar som valdes ut för närmare granskning. Några få artiklar bedömde vi inte motsvara kravet för vetenskaplig kvalitet och valdes därför bort från resultatdelen men kom till användning i bakgrunden. Det slutliga antalet vetenskapliga artiklar som användes i resultatet blev 9 stycken och redovisas i (bilaga 2 och 3). Studierna granskades kritiskt av var och en av författarna utifrån syfte och frågeställning, och diskuterades sedan.

Kvalitetsbedömningen gjordes utefter Polit, Beck & Hunglers (2001) kriterier för hur en vetenskaplig artikel ska vara uppbyggd. Dessa kriterier är följande:

- ?? Titel: Ska vara tydlig och spegla innehållet väl. Ska innehålla högst 15 ord.
- ?? Abstract: skall innehålla mellan 100-200 ord. Det är en kort sammanfattning som skall svara på syftet med studien, vilken metod som använts samt resultatet med studien.
- ?? Introduktion: Ska leda läsaren in i arbetet. Det ska finnas bakgrundsfakta samt frågeställningen för att man ska förstå vad studien handlar om.

- ?? Metod: Ska innehålla en noggrann beskrivning om hur man gått tillväga. Urvalet ska vara klart definierat.
- ?? Resultat: Här presenteras vad man kommit fram till i sin undersökning.
- ?? Diskussion: Här ska forskarens förklaringar av resultatet samt slutsatsen av studien finnas med.
- ?? Referenser: Här ska all litteratur som använts redovisas.

### **Analys utav vetenskapliga artiklar**

Vi valde att använda oss av Burnards (1996) analysmetod som inspiration.

Originalversionen är på 14 punkter och publicerades 1991 (bilaga 4) men Burnard har även gjort en förkortat version på 4 punkter som publicerades 1996 (bilaga 5) och som vi har valt att använda som riktlinje.

Först lästes artiklarna av oss båda och vi gjorde en öppen kodning genom att skriva enstaka ord i marginalen på texten som summerade datan. Sen grupperade vi datan och tog bort upprepning/liknande ord så att vi fick fram teman. Vi fick fram 4 teman som vi ansåg viktiga. Datans samlades ihop under respektive tema som blev underrubriker i resultatet. Dessa teman är:

- ?? Förväntningar
- ?? Förändringar
- ?? Ställningstagande och val
- ?? Stöd eller icke stöd

### **Presentation av analyserade artiklar**

Berterö, C (2003) What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. *International Nursing Review*, 50,109-118

Defey, D, Storch, E, Cardozo, S, Diaz, O & Fernández, G (1996) The menopause: Women's psychology and health care. *Social Science and Medicine*, 42(10) 1447-1456

George, S (2002) The menopause experience: A woman's perspective. *Journal of Obstetrics Gynaecology Neonatal Nursing*, 31(1) 77-85

Hemminki, E, Topo, P & Kangas, I (1995) Experience and opinions of climacterium by Finnish women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 62, 81-87

Hvas, L (2001) Positive aspects of menopause: A qualitative study. *Maturitas*, 39 (1) 11-17

Hvas, L, Thorsen, H & Söndergaard, K (2003) Discussing menopause in general practice. *Maturitas*, 46, 139-146

Marmoreo, J, Brown, JB, Batty, HR, Cummings, S & Powell, M (1998) Hormone replacement therapy: determinants of women's decisions. *Patient Education and Counselling*, 33, 289-298

Walter, FM & Britten, N (2002) Patients' understanding of risk: a qualitative study of decision-making about the menopause and hormone replacement therapy in general practice. *Family Practice*, 19, 579-586

Winterich, JA & Umberson, D (1999) How women experience menopause: The importance of social context. *Journal of Women & Aging*, 11(4) 57-73

## RESULTAT

Efter att ha läst igenom och granskat våra artiklar som till antalet blev 9 stycken fann vi det lämpligt att redovisa vårt resultat i olika teman.

Vi har valt att redovisa vårt resultat i form utav följande 4 teman:

- ?? Förväntningar
- ?? Förändringar
- ?? Ställningstagande och val
- ?? Stöd eller icke stöd

### Förväntningar

I en studie gjord av Berterö (2003) visade det sig att kvinnor inte riktigt visste vad de skulle förvänta sig av klimakteriet. De undrade om det verkligen fanns något positivt att förvänta sig. Den tydligaste förväntningen var att de inte längre skulle ha månatliga menstruationer. Med denna förväntning följde en känsla av frihet att inte längre behöva tänka på mensskydd. Det fanns även en känsla av sexuell frihet att kunna ha samlag utan att behöva oroa sig för att bli gravid. Att slippa mensens betydde också att slippa mensvärk och obehag. Det fanns även en förväntning om att finna mer harmoni i tillvaron när de nått menopaus. Kvinnorna uttryckte det exempelvis som *"jag tycker att det känns rofyllt och behagligt...och moget på något vis"*, *"varje fas i livet har sin egna karaktäristika och här kommer en ny fas...som ger en rofylld och lugn känsla"* (s.112). En del kvinnor hade hört sina mödrar berätta om sina upplevelser av klimakteriet och fått sina egna förväntningar utifrån detta. Kvinnorna menade att det fanns en ärflighet och trodde därför att deras klimakterium skulle påminna om deras mödrars. Vissa av kvinnorna hade inte tänkt så mycket på att komma i klimakteriet, de uttryckte det som *"det är inte något som jag tänker på varje dag...eller oroar mig för"*, *"man får ta det när den dagen kommer...det är inte säkert att det blir några problem och man ska inte oroa sig i förväg"*(Berterö, 2003 s. 112).

En del kvinnor förväntade sig att få en viktökning samt att kroppen skulle mista sin spänst under klimakteriet. Kvinnorna uttryckte sig så som *"man lägger på sig ett par kilo mycket lättare nu"*, *"det man kallar midja nu kommer att försvinna...man får en annan kroppsform"* (Berterö, 2003 s. 114).

George (2002) skriver i sin studie hur kvinnorna uttryckte att de kände sig förvirrade, en del kvinnor visste inte vad de skulle förvänta sig i förhållande till de olika förändringarna som skulle signalera början av menopausen och en del kvinnor hade haft förväntningar som inte alls stämde överens med deras upplevelser. De flesta hade skapat sina förväntningar baserat på anekdoter från vänner, media och skrivet material som inte alltid baserats på fakta. Få kvinnor vände sig till sina mödrar eftersom de aldrig pratade om klimakteriet. De flesta kvinnorna förväntade sig värmevallningar. Vissa trodde att mensens bara skulle försvinna plötsligt och förväntade sig inga oregelbundna blödningar. En kvinna uppgav att hennes menstruation kunde vara upptill 1 månad och en annan kvinna

upplevde att hon började blöda överdrivet mycket, detta tyckte hon var det jobbigaste med att vara i klimakteriet.

I en studie av Winterich et al. (1999) beskrev kvinnor hur familj och vänners förväntningar och synpunkter på klimakteriet påverkat deras egna förväntningar. Flera kvinnor berättade om negativa skrönor när man diskuterade deras förväntningar angående klimakteriet. Att kvinnorna hänvisade till dessa gamla skrönor visar vilken stor negativ effekt dessa har på samhällets syn på kvinnor som befinner sig i klimakteriet. Vissa kvinnors upplevelser påverkades direkt av andras negativa syn på klimakteriet. En kvinna berättade att i samband med hennes menopaus frågade hennes man *"är det sant att efter menopaus så försvinner all din lust?"* (s. 63). Kvinnan i fråga hade aldrig tänkt att hennes menopaus skulle påverka hennes lust, men eftersom hennes man tog upp detta började hon själv att tänka på det. Detta visade tydligt att den sociala omgivningen har betydelse för kvinnor och deras menopaus. Studien lyfte fram vikten av att menopaus inte kan ses som en enhetlig upplevelse eftersom alla kvinnor definierar den olika (Winterich et al. 1999).

## Förändringar

Hvas (2001) fick i sin studie fram att endast ett fåtal kvinnor nämnde sitt sexliv under klimakteriet, det låga antalet var förväntat eftersom sex ofta kan vara tabubelagt. De få kvinnor som nämnde sitt sexliv upplevde det positivt. *"Jag känner mig friare", "mitt sexliv har blivit till det bättre", "konstigt nog har mitt sexliv aldrig varit bättre"* (Hvas, 2001. s.14)

Enligt Berterös (2003) studie var vaginala symtom en farhåga. Omkring hälften av de kvinnor som deltog i studien pratade om torra slemhinnor och hur detta kunde påverka deras sexliv. Kvinnorna uttryckte oro över oregelbundna blödningar och inkontinensproblem av varierande grad. De beskrev dessa problem som en känsla av att inte känna sig fräsch och ren. En kvinna beskrev situationen *"sexlivet då... det kommer inte att vara så tillfredställande", "man får torra slemhinnor... och... det är svårt att hålla tätt när man anstränger sig... t.ex. när jag springer... då droppar det urin", "svettas... det gjorde att jag fick byta trosor flera gånger om dagen... man får en känsla av att man luktar urin och man känner sig inte fräsch... man känner sig alldeles smutsig"* (Berterö, 2003 s. 113).

I en studie gjord av Defey et al. (1996) kom man fram till att många kvinnor inte var intresserade av sex vid denna tidpunkt i livet. Några hänvisade den sexuella olusten till smärta och obehag på grund av torra slemhinnor eller risken att bli gravid, medan vissa helt enkelt inte hade någon motivation till sex och förväntade sig att bli förstådd av deras partner.

Å andra sidan fanns det en del kvinnor som tyckte att sex inte längre var förknippat med reproduktion och detta gjorde att det kunde känna sig mer fria. Man kunde få ut att kvinnorna hade ett behov av att bli uppskattade av män och ville vara föremål för någons önskan (Defey et al, 1996).

Hemminki et al. (1995) skriver i sin studie att när man frågade kvinnorna om klimakteriet påverkat samlagsfrekvensen så många kvinnor att den hade minskat. Väldigt få uppgav en ökning. På påståendet att kvinnor i klimakteriet inte förlorar sin femininitet höll kvinnorna helt eller delvis med, enbart 4% höll inte med detta påstående (Hemminki et al. 1995).

Kvinnorna i Berterös (2003) studie berättade att det fanns en ständig oro och ständigt obehag över vallningarna och svettningarna. Kvinnorna uttryckte oro över att lukta illa eller att svettas. Det var inte heller roligt att plötsligt känna värme och rodnad. De visste att det syntes och de skämdes och kände sig obekväma. Kvinnorna uttryckte det som *"Svettig, utan någon fysisk ansträngning...bara en känsla av värme", "man känner att man blir hög röd i ansiktet...man känner hur man svettas i ansiktet och på bröstet", "man upplever en värmekänsla...det är helt obefogat"* (Berterö, 2003 s. 113).

En del kvinnor använde denna period i livet till att förändra sin livsstil. För andra innebar det en insikt att livet inte är evigt och att det var viktigt att ta till vara på livet medan man är frisk och kan njuta av det. Dessa påstående visade att denna fas i livet hade resulterat i personlig utveckling för dessa kvinnor som Hvas (2001) hade studerat. Kvinnorna beskrev på olika sätt hur befriade de kände sig när barnen blev vuxna och flyttade hemifrån och att kvinnorna då kunde ägna lite mer tid till sig själva, sina intressen och andra saker som de ansåg viktiga och inte hade hunnit med förut. Detta beskrev de som frihet och lugn. En kvinna uttryckte sig så här *"Jag upptäcker en ny fas i mitt liv...utan barn, och mer tid till vad jag själv vill"* (Hvas, 2001. s. 15).

I en studie gjord av Berterö (2003) uppger kvinnorna att det är viktigt att leva och äta hälsosamt. Kvinnorna sa att nutrition var en viktig aspekt för att behålla vikten *"att inte äta för fet mat om man inte vill gå upp i vikt"*(s.114). Kvinnorna pratade om fysisk aktivitet som hälsosamt och viktigt eftersom det ökade spänsten och formen av kroppen. Det hjälpte även till att hålla vikten. Vissa av kvinnorna tyckte även att fysisk aktivitet gav dem en känsla av välbefinnande.

Defey et al. (1996) skriver i sin studie att vissa kvinnor påverkades starkt utav klimakteriet. De tyckte att kroppen blev ett orosmoment för dem, eftersom det blev tydligt att det fanns en skillnad från samhällets ideal av skönhet och hälsa.

### **Ställningstagande och val**

Gemensamt för artiklarna som tar upp temat HRT är att läkare/gynekologer oftast förespråkar HRT för kvinnor i klimakteriet. De har ofta en mer negativ syn på klimakteriet än kvinnorna själva och Winterich et al (1999) skriver i sin studie att läkarnas enbart medicinska syn på menopausen djupt kan påverka en kvinnas upplevelse. Tre kvinnor i studien visste inte att de var i perimenopaus innan de blev undersökta av en läkare och trots att två av dem fortfarande menstruerade blev de alla rekommenderade att påbörja HRT. En fjärde kvinna kände sig påtvingad att prova HRT på grund av sin läkares starka rekommendationer till behandling trots att hon flertalet gånger påpekat att hon inte var intresserad utav HRT. Många läkare menar att när man nått sin menopaus är det dags att starta HRT. En kvinna berättade att hon kände sig tveksam till att fortsätta HRT trots hennes läkares starka rekommendationer. Hon höll inte med sin läkare i hans åsikt att klimakteriet var en tid för att påbörja en livslång medicinering. Hon tyckte inte att det kändes bra att ta en medicin resten utav sitt liv. En annan kvinna beskrev klimakteriet som en normal fas i livet precis som puberteten men på grund av hennes läkares råd att ta HRT resten av livet förändrades hennes syn på en normal fas i livet. Eftersom hon ansåg sig själv leva ett aktivt och hälsosamt liv frågade hon sig om hon verkligen behövde HRTs effekter på hjärta och skelett. En annan kvinna undrade också om hon verkligen behövde HRT eftersom hon ofta utövade styrketräning och inte hade någon känd hereditet för benskörhet eller hjärt-



kärlsjukdomar. Hon vågade dock inte sluta ta HRT eftersom hennes läkare så starkt rekommenderade det för dess preventiva effekt. Studien visar att läkare har en unik position att påverka kvinnors syn på och beslut om HRT. Det visade sig även att kvinnor ofta var missnöjda med den information de fick av läkare om klimakteriet och HRT (Winterich et al, 1999).

Hvas et al. (2003) skriver i sin studie att bland de kvinnor som diskuterat menopaus med sin läkare var det fler som ansåg menopaus vara en svår period. Kvinnor som diskuterat menopaus med en läkare tyckte även i större utsträckning att HRT var en bra lösning även om de bara upplevde få symtom. De tyckte även att HRT var bra som prevention för framtida eventuella hälsoproblem. De kvinnor som diskuterat menopaus med en läkare tyckte att deras hälsa var signifikant sämre än de som inte diskuterat med en läkare (Hvas et al. 2003).

Walter et al. (2002) har i sin studie kommit fram till att kvinnor som står inför valet att ta HRT eller ej ofta baserar sitt val på riskerna det valet medför. Exempelvis om en kvinna i sin släkt hade någon som drabbats utav cancer utgjorde detta en stor anledning för kvinnan att inte ta HRT på grund av rädsla för att själv drabbas utav cancer. Ett annat exempel var kvinnor som i sin släkt hade en benägenhet för benskörhet. Detta utgjorde för dem en anledning till att börja använda sig utav HRT för att förhindra benskörheten. Kvinnorna ville gärna få information om HRT både i siffror och i ord. En kvinna uttryckte sig *"jag tycker att det är bättre att man säger att risken är en på miljonen så att man själv kan få bestämma hur pass stor man tycker att risken är, än att någon säger att risken är minimal"* (s. 582). Minimal kan ses på olika sätt. Det är en individuell värdering och därmed kan det vara svårt att avgöra hur stor risken är (Walter et al. 2002).

Kvinnorna i Marmoreo et al (1998) studie såg HRT på både negativa och positiva sätt. Många kvinnor uttryckte tvivel om den medicinska professionen som en helhet och oroade sig över att man hade gjort en naturlig process i livet till något medicinskt. En kvinna upplevde det som om man bara ville tjäna pengar på HRT. Många av deltagarna i studien pratade även om de negativa effekterna de upplevt utav HRT. En kvinna berättade att hon började blöda fruktansvärt. Andra vanliga negativa biverkningar kunde vara att man fick tillbaka månatliga blödningar, tandinflammationer och känslomässig labilitet. För många kvinnor spelade deras mödrars hälsotillstånd en stor roll när det gällde att besluta sig angående HRT. En kvinna berättade att hennes mormor och moster båda hade dött i bröstcancer och det för henne vore helt orimligt att påbörja HRT. Kvinnornas relation till sin partner spelade också en stor roll i deras beslut, särskilt om det var ett nytt förhållande. Gemensamt för alla fokusgrupperna i studien var en besvikelse och frustration över sjukvårdens misslyckande att kunna ge en balanserad information om både fördelarna och nackdelarna med HRT. En kvinna berättade hur en läkare hade förespråkade hur man med HRT effektivt kunde förhindra osteoporos men inte nämnt ett ord om att man kunde förebygga det med motion tre gånger i veckan. En del kvinnor tyckte att HRT var en befrielse. När kvinnor påbörjade HRT för att lindra symtom, visade sig fördelarna snabbt. En kvinna sa *"Jag mår bättre. Jag har inga svettningar när jag tar HRT. Jag sover bättre. Jag tycker att huden och håret känns bättre och slemhinnorna är inte lika torra längre"* (s.292, Marmoreo et al, 1998).

Kvinnorna i Berterös (2003) studie visste alla att östrogen kunde mildra olika symtom och problem som kunde uppkomma i samband med klimakteriet. En del kvinnor ville inte använda östrogen eftersom de oroade sig för bröstcancer. Oron var starkare om det fanns någon i familjen som hade haft bröstcancer. Dessa kvinnor sa att om de upplevde några problem under klimakteriet så skulle de ta sig igenom detta utan användning av HRT. Några av kvinnorna hade vissa funderingar om att prova naturläkemedel för att lindra problemen. Kvinnornas olika attityder till HRT baserades främst på information de fått utav kvinnliga vänner, kvinnliga släktingar och till viss del massmedia (Berterö, 2003)

George (2002) skriver i sin studie att många av kvinnorna var förvirrade när det gällde HRT. Förvirringen berodde till stor del på avsaknad av sakriktig information. Den information som kvinnorna fått hade de skaffat själv. De upptäckte dock olikheter i litteraturen vilket gjorde dem ännu mer förvirrade. Vissa av kvinnorna i studien hade bestämt sig för att ta HRT. Anledningarna till detta var att förebygga osteoporos, reducera risken för hjärt-kärlsjukdomar och lindra symtom såsom värmevallningar och humörsvängningar. De som bestämt sig för att inte ta HRT uppgav anledningar som risken för bröstcancer, att inte ha någon ordentlig anledning att ta det, att inte vilja ta någon medicin, slippa månatliga blödningar och att de inte fått tillräcklig information om fördelarna med HRT från sin läkare. Kvinnor som var medvetna om att de hade risk för att drabbas av osteoporos uppsökte oftare sin läkare för att påbörja HRT (George, 2002).

### **Stöd eller icke stöd**

Defey et al (1996) skriver i sin studie att de flesta utav kvinnorna kände att deras läkare inte förstod dem helt och hållet, utan försökte ofta sätta dem på medicinska behandlingar som gav negativa biverkningar eller som de inte tyckte var fullt pålitliga. Kvinnorna värderade högt att deras läkare lyssnade på dem och behandlade dem som en jämlike så att deras funderingar och frågor inte avfärdades. Vissa kvinnor föredrog att gå till kvinnliga gynekologer/läkare som var i samma ålder som de själva för att vara säkra på att få full förståelse för sin situation. I allmänhet kände kvinnorna sig besvikna på den information de fick från sina läkare som ofta var mycket mindre än vad de hade förväntat sig. De sa att läkarna gav dem lite tid, lite uppmärksamhet och en massa mediciner. Gynekologer hade en tendens att lägga tyngdpunkten på den negativa sidan av klimakteriet så som humörsvängningar, oro etc. De hade även en föreställning att kvinnorna klassade symtom i samma grad som de gjorde, vilket inte var sant. Detta synsätt gjorde att gynekologen/läkaren i sitt möte med kvinnor koncentrerade sig på patologi och behandling.

## **DISKUSSION**

Vi presenterar vår diskussion i två delar. I metoddiskussionen tar vi upp den metod vi använt oss av. Under denna rubrik beskrivs även problem som uppstått under arbetets gång. I resultatdiskussionen diskuteras de resultat som svarat på vårt syfte och vår frågeställning.

## Metoddiskussion

När vi började söka artiklar tittade vi främst efter kvalitativa studier, eftersom vi ville undersöka upplevelserna av ett fenomen. Enligt Hartman (1998) karakteriseras kvalitativa undersökningar av att forskaren försöker nå förståelse för livsvärlden hos en individ eller grupp individer.

För att initialt få en struktur på vårt arbete valde vi att använda Goodmans metod (SBU, 1993). Detta hjälpte oss att komma igång och arbeta systematiskt med uppgiften. Vi tyckte att det kändes viktigt att ha en mall att utgå från då det ofta är lätt att sväva ut på annat håll. Vi använde oss bara av de fem första stegen i metoden.

De 9 artiklar vi använt oss av i resultatet har en bra spridning då det gäller länder. En studie var gjord i Sverige, en i Finland, två i Danmark (som egentligen är samma studie men tar upp olika saker), två i USA, en i Canada, en i England och en i Uruguay. Det hade varit spännande att ha fler artiklar med svenska studier men tyvärr var de flesta vi hittade kvantitativa. Det är dock glädjande att ha så pass många från Norden.

Att hitta faktaböcker som var tidsmässigt relevanta var inte så lätt, därför letade vi en del på Internet. Vi hittade bland annat en sida (Menopause 1700-2000) skriven av en mycket framgångsrik forskare inom klimakteriet vid namn Lorraine Dennerstein som vi drog nytta av. Vi vet att information från Internet inte alltid är att lita på men vi ansåg källan som tillförlitlig.

Det var inte svårt att hitta material om själva klimakteriet, men att hitta material som svarade på vårt syfte och som var kvalitativa, var svårare. Det fanns gott om kvantitativa studier kring ämnet. Vi valde att söka artiklar från hela världen, detta för att bredda våra infallsvinklar samt se om det finns skillnader från kultur till kultur.

Vi valde även att exkludera alla kvinnor som genomgått medicinsk menopaus eftersom de i vissa fall visar andra symtom och upplevelser än de kvinnor som genomgått en naturlig menopaus.

Efterhand som vi hittade artiklar upptäckte vi att det fanns tidskrifter som enbart koncentrerade sig på det område vi var intresserade av. Speciellt en tidskrift intresserade oss mycket och det var *Maturitas*. Vi bestämde oss då för att se om tidskriften fanns tillgänglig på Internet. Vi fann den i databasen Elseviers lista över tidskrifter och gick därefter vidare och sökte igenom tidskriften för att se om vi fann något av intresse. Vissa artiklar ur *Maturitas* hade vi funnit som abstract men ej i fulltext, men vi kunde på detta sätt gå in i den specifika volymen av tidskriften och få artikeln vi önskade.

En del artiklar fann vi genom att läsa referenserna i artiklar vi redan hade. Vi skickade även mail till tre artikelförfattare vars mailadresser vi fann i abstracten. Vi fick ett svar och på så sätt en artikel utan kostnad. Vi fick beställa tre artiklar via Hälsa och Samhälles bibliotek på Malmö Högskola, här gjorde vi även en kostnadsbegränsning vilket gjorde att vi bara fick artiklar som befann sig inom Norden. På grund av detta fick vi bara två utav våra beställda artiklar.

Alla artiklar som använts i litteraturstudien uppfyller Polit, Beck & Hunglers (2001) krav på vetenskaplighet. De artiklar som inte följde dessa krav kom inte att ingå i materialet som analyserats utan användes i bakgrund och diskussion.

Anledningen till att vi använde Burnard (1996) som inspiration var att vi tyckte om hans metod att få fram tema på. Vi läste två artiklar om hans metod och kom då fram till att teman var rätt sätt att redovisa vårt resultat på.

## Resultatdiskussion

När vi läste artiklarna dök det snabbt upp teman som vi tyckte svarade väl till vårt syfte. Det slog oss ganska snabbt att den medicinska professionen ser på klimakteriet på ett annorlunda sätt än kvinnorna som faktiskt befinner sig där gör. Förvånansvärt ofta ses en naturlig fas i livet som en sjukdom som ska botas. Kvinnornas egen syn på klimakteriet påverkades i stor grad av samhällets och den närmsta omgivningens syn och ibland förutfattade tankar om klimakteriet.

Resultaten från George (2002) beskriver att de flesta kvinnor förväntar sig att uppleva värmevallningar. Tidigare forskning (Stearns et al, 2002) tar upp att värmevallningar är det vanligaste symtomet som kvinnor i klimakteriet klagat över. Det skiljer sig dock från världsdelen till världsdelen och det är viktigt att uppmärksamma att varje kvinna som befinner sig i klimakteriet är unik och upplevelserna hon har skiljer sig beroende på hennes kulturella, sociala och personliga bakgrund. Kvinnans uppfattningar och förväntningar på klimakteriet var i många fall redan konstruerade för dem genom uppfattningar och synsätt som människor i deras närhet hade om klimakteriet. Berterö (2003), George (2002) och Winterich et al. (1999) tar upp detta i sina studier.

Leininger (1995) beskriver att kultur är inlärd, delad och överförd värderingar, övertygelser, normer och livsstil hos en specifik grupp. Kvinnornas förväntningar är ofta baserade på den bild samhället har av klimakteriet. Samhälle, media och omgivning har ofta en generaliserad bild av klimakteriet och glömmer att det är en unik upplevelse som uppfattas olika från kvinna till kvinna.

Eftersom mycket av de kunskaper kvinnorna hade var konstruerade för dem genom andras berättelser och erfarenheter saknade många verklig kunskap om ämnet. Det är därför viktigt att utifrån kvinnans bakgrund och tidigare erfarenheter vägleda henne genom hennes individuella upplevelser, då hon så önskar.

Ibland kan det vara svårt att få fram material om kvinnors sexuella hälsa, eftersom många kvinnor fortfarande tycker att det är ett tabubelagt ämne. Hvas (2001) skriver i sin studie att om kvinnor överhuvudtaget nämnde sitt sexliv så var det enbart positiva aspekter som togs upp. Därför tror vi att det är viktigt att som sjuksköterska våga diskutera ämnet så att fler kvinnor vågar be om hjälp vid eventuella problem och därmed kunna uppleva sitt sexliv som något positivt igen.

Kvinnor i Defey et al.s (1996) studie hänvisade den sexuella olusten till smärta och obehag på grund av torra slemhinnor. Att inte känna sig ren och fräsch på grund av oregelbundna blödningar och inkontinensproblem var ytterligare orsaker till sexuell olust (Berterös, 2003). Leininger (1995) menar att genom kulturbaserad omvårdnad kan man underlätta för patienten att förebygga ohälsa, i detta fall den sexuella ohälsan. Omvårdnaden måste anpassas efter patienternas kulturellt betingade värderingar, övertygelser och livsstilar.

George (2002) och Winterich et al. (1999) tar båda upp hur viktiga de sociala faktorerna är för hur kvinnan upplever och hanterar klimakteriet och de

förändringar som sker. Ett gott socialt nätverk innebar ofta att kvinnan märkte av eventuella symtom i mindre utsträckning.

Något som i stor utsträckning påverkade kvinnor i deras dagliga liv var värmevallningarna. Berterö (2003) hade i sin studie med direkta citat från kvinnorna som beskrev hur jobbigt och pinsamt de upplevde att vallningarna kunde vara i sociala sammanhang, till exempel på jobbet. I vår bakgrund under tidigare forskning står det att värmevallningarnas negativa effekt på kvinnors välmående och dagliga liv är den främsta orsaken att behandla dessa (Greendale et al. 1999).

För vissa kvinnor kändes klimakteriet som en vändning i deras liv. En del kände sig befriade när barnen flyttade hemifrån och de äntligen kunde ägna lite tid till sig själv till sådana saker det inte funnits tid till innan. Men det känns viktigt att veta att inte alla kvinnor kände så här. Några kvinnor i studien av Hvas (2001) fick en insikt när de kom i klimakteriet att livet inte är evigt, dessa ville då ta till vara på livet medan de ännu var friska. Att kunna få omsorg när kvinnan behöver är väsentligt för välbefinnandet. Leininger (1995) säger att omsorg/att ge omsorg är väsentligt för välbefinnande, hälsa, läkning, överlevnad och bemästring av eventuella hinder.

I studier av Berterö (2003) visas det tydligt att kvinnan anser det viktigt att leva och äta hälsosamt. Detta för att förhindra en del av de kroppsliga förändringar som kan komma att ske i klimakteriet. Dessa faktorer samt fysisk aktivitet ansåg de höjde deras livskvalitet.

Deeks (2002) skriver i sin studie att de kroppsliga förändringarna i samband med klimakteriet kan påverka kvinnans body image negativt, denna studie visade även att om kvinnan inte var tillfredställd med sitt utseende kunde det orsaka fler klimakteriebesvär. Detta kunde även leda till dåligt självförtroende. Därför anser vi det viktigt att i mötet med kvinnan i en omvårdnadssituation lyssna aktivt och vara en stödjande person så att kvinnan kan bygga upp sitt självförtroende och på så sätt kanske bygga upp en positiv body image. Att kvinnan har någon att ventilera sina tankar och funderingar mot kan vara viktigt för att få tips och råd hur de kan göra för att förbättra sin situation.

Leininger (1995) säger att gynnsam, sund och adekvat kulturbaserad omvårdnad bidrar till välbefinnande hos individer, familjer, grupper och samhällen inom deras miljömässiga kontext.

En intressant aspekt när det gäller HRT är den medicinska professionens sätt att se på klimakteriet. De har ofta en mer negativ syn på klimakteriet än kvinnorna själva enligt Winterich et al. (1999). Återigen är det här viktigt att se till den enskilda individens behov och vilja. Det är viktigt att lyssna på kvinnans önskemål och tankar kring HRT, något som inte alltid uppfylls. Sakriktig information måste ges och det är viktigt att försäkra sig om att informationen som ges är eller varit begriplig. Att påbörja något som kan komma att bli en livslång medicinsk behandling är inget som avfärdas lätt utan måste vara ett välgenomtänkt beslut taget av kvinnan själv i samråd med en läkare eller sjuksköterska. För att ta detta beslut måste kvinnan få höra både för- och nackdelar med en eventuell behandling.

Enligt Walter et al. (2002) sökte de kvinnor som visste att de hade risk för exempelvis osteoporos eller hjärtkärl sjukdom i större utsträckning hjälp för att påbörja HRT. Oron för cancer gör att många kvinnor ställer sig tveksamma till HRT. Valet att påbörja eller inte påbörja baserades i stor utsträckning på om man hade cancer i släkten.

Vi tycker att det är viktigt att poängtera det kvinnor kan göra själva genom motion och kost för att förhindra eventuella problem såsom osteoporos och hjärtkärl sjukdomar.

Enligt Marmoreo et al. (1998) var beslutet att använda HRT en komplicerad och mångfacetterad process. Många vetenskapliga artiklar lägger sin tyngd på att inte börja eller fortsätta med HRT medan den medicinska litteraturen å andra sidan tar upp många anledningar för kvinnor att "bli erbjudna fördelarna med HRT". Trots starka rekommendationer från den medicinska professionen att använda HRT var det ungefär 11-15 % av kvinnor som var 50 år eller äldre som använde recepten de fått utskrivna till sig. Kvinnorna uttryckte en oro över att man gjort en naturlig fas i livet till något medicinskt och de uttryckte tvivel över den medicinska professionen i stort.

De flesta kvinnorna i Defey et als. (1996) studie påpekade att de inte tycker att deras läkare förstod dem. Kvinnorna värderade högt om deras läkare lyssnade på dem och inte avfärdade dem. Det är därför viktigt att alla beslut sker i samråd mellan läkaren och kvinnan. Även i denna studie tyckte kvinnorna att de fick för lite information och vi vill åter igen poängtera att information är a och o.

Sjuksköterskor har en utomordentligt bra chans att undervisa, råda och bistå kvinnorna i deras beslut om deras hälsa under klimakteriet. Health promotion är en grundläggande del av sjuksköterskans roll och det finns tillfälle för alla sjuksköterskor att uppmuntra health promotion även om de inte jobbar med kvinnors hälsa. Kvinnor som upplever klimakteriella problem kan även söka hjälp på sin vårdcentral och därför riktar sig detta arbete till alla sjuksköterskor. Sjuksköterskor kan hjälpa till att befrämja egenvård genom att förstå de förändringar som sker under klimakteriet och att vara up to date inom den senaste forskning. Att kunna delge kvinnorna relevant och sakriktig information för att på så sätt kunna stödja dem i sina beslutstagande (Abernethy, K 2003).

## **Slutsats**

Vi har kommit fram till att varje kvinna är unik och deras upplevelser av klimakteriet inte är något som är generaliserbart runt om i hela världen. Kultur, omgivning och erfarenheter präglar kvinnors upplevelser av klimakteriet. Vi har i våra granskade artiklar inte sett sjuksköterskans möte med kvinnorna utan det har varit läkares möte med kvinnorna. Med tanke på att det ofta är sjuksköterskan som är ute i omvårdnadsarbetet och får många frågor och funderingar ställda till sig skulle det vara intressant att kunna göra en undersökning där man inkluderar sjuksköterskor och de kvinnor som befinner sig i klimakteriet för att se hur kvinnorna uppfattar den hjälp sjuksköterskorna ger dem. En sådan undersökning hade speglat sjuksköterskans faktiska kunskap om klimakteriet.

## REFERENSER

- Abernethy, K (2003) Menopause. *Nursing Standard*, 17(47) 45-53
- Berterö, C (2003) What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. *International Nursing Review*, 50, 109-118
- Burnard, P (1991) A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*. 11, 461-466
- Burnard, P (1996) Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16(4) 278-281
- Deeks, A (2003) Psychological aspects of menopause management. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 17(1) 17-31
- Defey, D, Storch, E, Cardozo, S, Diaz, O & Fernández, G (1996) The menopause: Women's psychology and health care. *Social Science Medicine*, 42(10) 1447-1456
- Gebru, K (2003) *Kulturanpassad vård I livets slutskede*. Malmö: Samhällsmedicinska institutionen, FoU-enhet
- George, S (2002) The menopause experience: A woman's perspective. *Journal of Obstetrics Gynaecology Neonatal Nursing*, 31(1) 77-85
- Greendale, G, Lee, N & Arriola, E (1999) The Menopause. *The Lancet*, 353 571-580
- Hartman, J (1998) *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori*. Lund. Studentlitteratur.
- Hemminki, E, Topo, P & Kangas, I (1995) Experience and opinions of climacterium by Finnish women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 62, 81-87
- Hjertstrand, M (1999) *Kvinnohälsa 40-70 år*. Smedjebacken. Bokförlaget Cordia.
- Hvas, L (2001) Positive aspects of menopause: A qualitative study. *Maturitas*, 39(1) 11-17
- Hvas, L, Thorsen, H & Söndergaard, K (2003) Discussing menopause in general practice. *Maturitas*, 46, 139-146
- Leninger, M (1995) *Transcultural Nursing*. Greyden Press
- Marmoreo, J, Brown, JB, Batty, HR, Cummings, S & Powell, M (1998) Hormone replacement therapy: determinants of women's decisions. *Patient Education and Counselling*, 33, 289-298
- Menopause 1700-2000 <http://www.abc.net.au/science/menopause/history.htm>

Polit, DF, Beck, CT & Hungler, BP (2001) *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.

Rapport nr: 38 (1998) *Substitutionsbehandling i klimakteriet – aktuella synpunkter*. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi Arbets- och Referensgrupp för Klimakteriella Problem.

Rousseau, ME (1998) Women's midlife health. Reframing menopause. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(3) 208-223

Sand, G (1994) *Är det varmt här – eller är det bara jag?: en personlig studie av klimakteriets villkor och vård*. Borgå. Svenska dagbladets förlag AB.

SBU (1993) *Literature Searching and Evidence Interpretation for Assessing Health Care Practice*. Stockholm. Statens beredning för utvärdering av medicinska metoder.

Stearns, V, Ullmer, L, Lopez, J, Smith, Y, Isaacs, C & Hayes, D (2002) Hot Flushes. *The Lancet*, 360 1851-1861

Walter, FM & Britten, N (2002) Patients' understanding of risk: a qualitative study of decision-making about the menopause and hormone replacement therapy in general practice. *Family Practice*, 19, 579-586

Weström, L, Åberg, A, Andersson, UB & Jönsson, E (1997) *Obstetrik och gynekologi. Klinik och vård*. Lund. Studentlitteratur.

Winterich, JA & Umberson, D (1999) How women experience menopause: The importance of social context. *Journal of Women & Aging*, 11(4) 57-73



# BILAGOR

Bilaga 1: Databassökning

Bilaga 2: Presentation av använda artiklar

Bilaga 3: Kritisk granskning av artiklarna

Bilaga 4: Burnards innehållsanalys 14 steg

Bilaga 5: Burnards innehållsanalys 4 steg

Bilaga 6: Sunrisemodellen

**Bilaga 1**  
**Redovisning av litteratursökning i databaser**

1 av (2)

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Träffar</b>	<b>Beställda</b>	<b>Använda</b>
PubMed Limits: All adult 19 years +, 10 years, english, human, female	Climacteric experiences AND hormone replacement therapy	33	11	3
	Climacteric experiences AND emotions	17	6	1
	Climacteric physical health AND hot flashes	20	3	0
	Thoughts about menopause	10	3	0
	The meaning of HRT	10	2	1
	Opinions about menopause	16	2	1
	Postmenopausal experiences AND symptoms	26	4	1
Limits: All adult 19 years +, 10 years, English, human, female, nursing journals	Experiences of menopause	19	6	1
Elsevier Quick search, all fulltext sources	Menopause AND hot flashes	45	5	2
	Menopause AND wellbeing	5	1	0
	Menopause AND psychological experiences	26	3	2
	Menopause AND positive experiences	15	3	1
ELIN Malmö Limits: All fields, fulltext	Climacteric AND hot flushes	5	1	1
	Menopause AND experiences	46	4	0

## Forts. Redovisning av litteratursökning I databaser

	Menopause AND emotions	4	2	0
	Menopause AND experiences AND symptoms	17	3	0
<b>Totalt</b>		314	59	15

**Bilaga 2 Presentation av använda artiklar**

1 av (5)

Författare, år, titel, tidskrift, land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
<p>Berterö, C (2003) <i>What do women think about menopause? A qualitative study of womens expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period.</i> Land: Sverige Tidskrift: International Nursing Review</p>	<p>Att identifiera och beskriva positiva och negativa förväntningar samt kunskapen om den menopausala perioden och klimakteriesymtom</p>	<p>Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer/diskussioner</p>	<p>39 kvinnor, alla 47 år gamla</p>	<p>Känslan av frihet var en positiv förväntning medan de negativa var olika klimakteriesymtom som de antingen själv upplevt eller hört talas om. Kvinnorna var i en viss utsträckning medvetna om de fysiska och psykiska förändringarna som följde med menopausen. Kvinnorna saknade kunskap om förändringarna och de saker de själv kunde göra för att förhindra problem eller mildra symtom.</p>
<p>Defey, D, Storch, E, Cardozo, S, Diaz, O, Fernandez, G (1996) <i>The menopause: Women's psychology and health care.</i> Land: Uruguay Tidskrift: Social Science Medicin</p>	<p>Att identifiera kvinnors syn på sig själv och sitt vårdbehov under den menopausala perioden. Samt gynekologers syn på vad de ansåg vara karaktäristiska psykologiska symtom hos kvinnorna under klimakterieåren</p>	<p>Kvalitativ och kvantitativ studie. Kvinnorna deltog i 3 gruppintervjuer där de diskuterade den menopausala perioden. Resultatet jämfördes med manliga och kvinnliga gynekologers uppfattningar om kvinnornas upplevelser.</p>	<p>78 kvinnor deltog i studien. Dessa delades upp i grupper om ca 10 personer. Kvinnorna representerade alla klasser i samhället. De var mellan 45-60år gamla. 45 gynekologer deltog, dessa var mellan 27-55 år och könen var jämnt förelade</p>	<p>Gynekologer tenderade att uppfatta kvinnor i klimakteriet som mer deprimerade/oroade för sin hälsa än de var. De trodde även att kvinnor strävade mer efter ett aktivt sexliv och att de saknade framtidsplaner i större utsträckning än vad de gjorde.</p>

**Bilaga 2 Forts. Presentation av använda artiklar**

2 av (5)

Författare, år, titel, tidskrift, land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
<p>George, S (2002) <i>The menopause experience: A woman's perspective.</i> Land: USA Tidskrift: Journal of Obstetrics Gynaecology Neonatal Nursing</p>	<p>Att undersöka och tolka övergångsålderns verklighet så som den upplevs av amerikanska kvinnor och att identifiera vanliga element och teman som sker som ett resultat av upplevelsen.</p>	<p>Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>Mångetniskt urval bestående utav 15 kvinnor</p>	<p>Tre teman identifierades. Förväntningar och förverkligande, att reda ut oupplärade saker samt en ny fas i livet.</p>
<p>Hemminki, E, Topo, P, Kangas, I (1994) <i>Experience and opinions of climacterium by Finnish women.</i> Land: Finland Tidskrift: European Journal of Obstetrics &amp; Gynecology and Reproductive Biology</p>	<p>Att undersöka upplevelser och tankar om klimakteriet hos finska kvinnor.</p>	<p>Kvantitativ studie. Ett frågeformulär som berörde frågor kring menopaus, uppsökande av vård samt användande av hormonbehandling skickades ut till 2000 kvinnor som ansågs representativa.</p>	<p>Frågeformuläret skickades ut till 2000 finska kvinnor i åldern 45-64 år. 1713 (86%) svarade. Av dessa var 1308 postmenopausala.</p>	<p>De flesta kvinnorna uppgav sig vara vid god eller ganska god hälsa. Det var vanligt att kvinnorna uppgav symtom men varje enskilt symtom upplevdes bara av en lite grupp kvinnor. De flesta subjektiva hälsoproblem var inte relaterade till klimakteriet i sig utan var problem som man annars stötte på i relation till åldrandet. Vissa symtom minskade med ökad ålder, andra ökade eller bestod. De flesta kvinnorna hade en neutral eller positiv åsikt om klimakteriet i stort.</p>

**Bilaga 2 Forts. presentation av använda artiklar**

3 av (5)

Författare, år, titel, tidskrift, land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
<p>Hvas, L (2000) <i>Positive aspects of menopause. A qualitative study.</i> Land: Danmark Tidskrift: Maturitas</p>	<p>Att undersöka om kvinnor har några positiva upplevelser i relation till menopaus, och om så är fallet hur dessa yttrar sig.</p>	<p>En kvalitativ studie. Ett frågeformulär som bestod utav två delar användes. Första delen bestod utav tolv frågor som alla kvinnorna ombads att besvara. Andra delen bestod av nio frågor varav den sista var en öppen fråga. Denna del besvarades endast av de kvinnor som ansåg sig själv vara i menopaus eller postmenopaus.</p>	<p>Av alla 51 åriga kvinnor födda i Danmark och med danskt medborgarskap valde man slumpmässigt ut 1261 kvinnor ur folkbokföringsregistret..</p>	<p>975 kvinnor besvarade frågeformuläret (77%). Av dessa ansåg sig 719 vara i menopaus eller postmenopaus. Av dessa svarade 393 kvinnor på den öppna frågan. Av dessa upplevde 194 kvinnor positiva aspekter så som lättnad över att slippa menstruation och PMS samt risken att bli gravid. Personlig utveckling och frihet var också något som kvinnorna ansåg positivt.</p>
<p>Hvas, L, Thorsen, H &amp; Söndergaard, K (2003) <i>Discussing menopause in general practice.</i> Land: Danmark Tidskrift: Maturitas</p>	<p>Att undersöka om kvinnor diskuterar menopaus med en läkare och i så fall i vilken utsträckning samt fastställa potentiella skillnader mellan dem som gör det och inte gör det.</p>	<p>En kvantitativ och kvalitativ studie. Annars som ovan.</p>	<p>Som ovan.</p>	<p>Mer än 2/3 av de kvinnor som befann sig i klimakteriet hade diskuterat med en läkare. Det fanns signifikanta skillnader mellan de som gjort det och inte gjort det.</p>

**Bilaga 2 Forts. Presentation av använda artiklar**

4 av (5)

Författare, år, titel, tidskrift, land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
Marmoreo, J, Brown, J B, Batty, H R, Cummings, S, Powell, M (1997) <i>Hormone replacement therapy: determinants of women's decisions</i> Land: Kanada Tidskrift: Patient Education and Counseling	Att utforska den beslutstagande processen hos menopausala kvinnor huruvida de skall påbörja, fortsätta, sluta eller aldrig påbörja behandling med HRT.	Kvalitativ metod med 8 fokusgrupper.	56 kvinnor, medelålder 56 år som befann sig i den beslutstagande processen.	Man fann 4 teman som alla i viss grad berörde kvinnans beslutstagande. ?? Inre inflytande ?? Mellanmänskliga relationer ?? Yttre inflytande ?? Konsekvenser
Walter, F M, Britten, N (2001) <i>Patients' understanding of risk: A qualitative study of decision-making about the menopause and hormone replacement therapy in general practice.</i> Land: England Tidskrift: Family Practice	Att undersöka kvinnors förståelse för riskerna associerade med menopaus och hormonbehandling (HRT).	Kvalitativ studie med fokusgrupper och semistrukturerade intervjuer.	40 kvinnor mellan 50-55 år som antingen använde, hade använt eller aldrig använt hormonbehandling (HRT)	Kvinnorna baserade sin förståelse för riskerna på egen kunskap samt vad risken betydde just för dem baserat på ärftlighet.

**Bilaga 2 Forts. Presentation av använda artiklar**

5 av (5)

Författare, år, titel, tidskrift, land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
Winterich, JA & Umberson, D (1999) <i>How women experience menopause: The importance of social context.</i> Land: USA Tidskrift: Journal of Women & Aging	Att undersöka hur samhälle och omgivning påverkar kvinnors upplevelser av klimakteriet och meningen med dessa upplevelser.	Kvalitativ studie. Intervju med öppna frågor.	Ett månetniskt urval på 16 kvinnor gjordes genom så kallad "snowballeffekt".	De flesta kvinnor upplevde klimakteriet som osignifikant eftersom de upplevde andra händelser kring medelåldern som mer viktiga eller stressfyllda. Man fann dock att vissa kvinnor ej undgick att påverkas av omgivningens negativa konstruktion av klimakteriet som en period av saknad.



### Bilaga 3 Litteraturgranskning enligt Polit, Beck & Hungler (2001) 1 av (3)

#### Artikel 1

Berterö, C (2003) What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period.

Forskaren har med **titeln** tydligt och väl speglat innehållet. **Abstractet** är bra. Det tar upp syfte, metod och resultat på ett bra sätt. **Introduktionen** består utav två delar, introduktion och en del som tar upp sjuksköterskan/barnmorskans roll. Introduktionen tar upp tidigare forskning kring ämnet. Syftet är klart och tydligt skrivet i introduktionen. **Metoddelen** beskriver väl hur forskaren gått tillväga. Här presenteras urval, datainsamlingsmetod och analysmetod. **Resultatet** presenteras i tre kategorier. I **Diskussionen** tar forskaren upp resultatet samt forskarens slutsats. **Referenserna** är relevanta och up to date. De sträcker sig från 1980 till år 2000 men flertalet är skrivna på 1990 talet.

#### Artikel 2

Defey, D, Storch, E, Cardozo, S, Diaz, O & Fernández, G (1996) The menopause: Women's psychology and health care.

**Titeln** speglar inte innehållet särskilt bra. **Abstractet** är bra. Det tar upp syftet, vilken metod man använt samt resultatet på ett kort och koncist sätt. **Introduktionen** leder oss väl in i arbetet. Tidigare forskning finns med. Syftet tas ej upp i introduktionen utan tas istället upp som ett förstycke i metoden. **Metoden** är väl beskriven och urvalet är väl definierat. **Resultatet** presenterades i olika teman. I **Diskussionen** presenteras forskarnas tolkningar av resultatet. **Referenserna** är relevanta och sträcker sig från 1950 till 1994. Trots att vissa av referenserna är gamla förefaller de ändå vara ämnesmässigt relevanta.

#### Artikel 3

George, S (2002) The menopause experience: A woman's perspective.

**Titeln** är bra och speglar innehållet väl. **Abstractet** visar klart och tydligt syfte, design, urval, analys, resultat och slutsats. **Introduktionen** förklarar syftet och innehåller även tidigare forskning och sätter in läsaren i problemet. **Metoden** är klar och tydlig samt välstrukturerad. **Resultatet** bygger på tre teman. **Diskussionen** tar upp begränsningar, förslag till framtida studier samt en slutsats. **Referenserna** sträcker sig från 1990 till 2001 och känns relevanta.

#### Artikel 4

Hemminki, E, Topo, P & Kangas, I (1995) Experience and opinions of climacterium by Finnish women.

**Titeln** speglar innehållet mycket väl och populationen är klart beskriven. **Abstractet** tar upp syfte, studiedesign, resultat samt slutsats. Speglar innehållet väl. **Introduktionen** är kort men tar upp lite av tidigare forskning. Syftet framgår tydligt. I **metoden** är urvalet klart definierat. Metoden är väl beskriven. **Resultatet** är indelat i tre underrubriker. **Diskussionen** är välskriven och tar upp studiens slutsats. Det finns en referens från 1969 men övriga sträcker sig från 1983-1995 vilka känns relevant eftersom studien i sig är från 1995.

#### Artikel 5

2 av (3)

Hvas, L (2001) Positive aspects of menopause: A qualitative study.

**Titeln** är kort men speglar artikelns innehåll väl. **Abstractet** ger en klar sammanfattning. Man tar upp syfte, metod, resultat och slutsats. **Introduktionen** sätter in läsaren i syftet. Forskaren hänvisar till några få tidigare studier men inte särskilt många. Syftet redovisas i introduktionen. **Metoden** är tydligt redovisad. Urval, insamlingsmetod och analysmetod är väl beskrivet. **Resultatdelen** beskriver de resultat som forskaren har kommit fram till. **Diskussionen** tar upp resultatet. Diskussionen tar även upp vissa brister med studien. Slutsats och rekommendationer är tydliga. **Referenserna** sträcker sig från 1990-2001 och känns relevanta.

#### Artikel 6

Hvas, L, Thorsen, H & Söndergaard, K (2003) Discussing menopause in general practice.

**Titeln** känns relevant till innehållet i studien. **Abstractet** ger en tydlig sammanfattning utav innehållet i studien. Här tas metod, resultat och slutsatser upp. **Introduktionen** tar inte upp någon tidigare forskning men är annars bra och ger en god inblick i ämnet. **Metoden** är väl beskriven, urvalet klart och tydligt beskrivet. Även analysmetoden är väl beskriven. **Resultatet** presenteras i fyra underrubriker. **Diskussionen** tar upp resultatet av studien samt dess mening och värde. **Referenserna** sträcker sig från 1986-2001 och känns relevanta.

#### Artikel 7

Marmoreo, J, Brown, JB, Batty, HR, Cummings, S & Powell, M (1998) Hormone replacement therapy: determinants of women's decisions.

**Titeln** är mycket bra och speglar väl innehållet i studien. **Abstractet** är kort och koncist och forskarna tar upp syftet, resultat och slutsats. Metoden är inte särskilt väl beskriven i abstractet. **Introduktionen** sätter läsaren väl in i arbetet. Det finns bakgrundsfakta om tidigare forskning. Syftet är tydligt beskrivet. Under **metoddelen** är forskarnas tillvägagångssätt väl beskrivet. Urvalet är klart definierat. **Resultatet** presenteras i fyra teman. **Diskussionen** innehåller forskarnas tolkning av resultatet. Studiens mening och framtida värde samt begränsningar och förslag till framtida forskning finns beskrivet här. Här finns även slutsatser av studien. **Referenserna** sträcker sig från 1984-1997 och känns relevanta.

#### Artikel 8

Walter, FM & Britten, N (2002) Patients' understanding of risk: a qualitative study of decision-making about the menopause and hormone replacement therapy in general practice.

**Titeln** är väldigt bra och uttömmande. **Abstractet** tar upp syfte, metod, resultat, slutsatser och nyckelord. **Introduktionen** sätter snabbt in läsaren i problemet och refererar till tidigare studier. **Metoden** är väl vald till syftet och välbeskriven. **Resultatet** är mycket väl redovisat med citat från deltagare i studien. **Diskussionen** tar upp framtida värde, begränsningar och förslag till ytterligare studier. Man diskuterar även resultaten. **Referenserna** sträcker sig från 1994 till 2001 och känns relevanta.

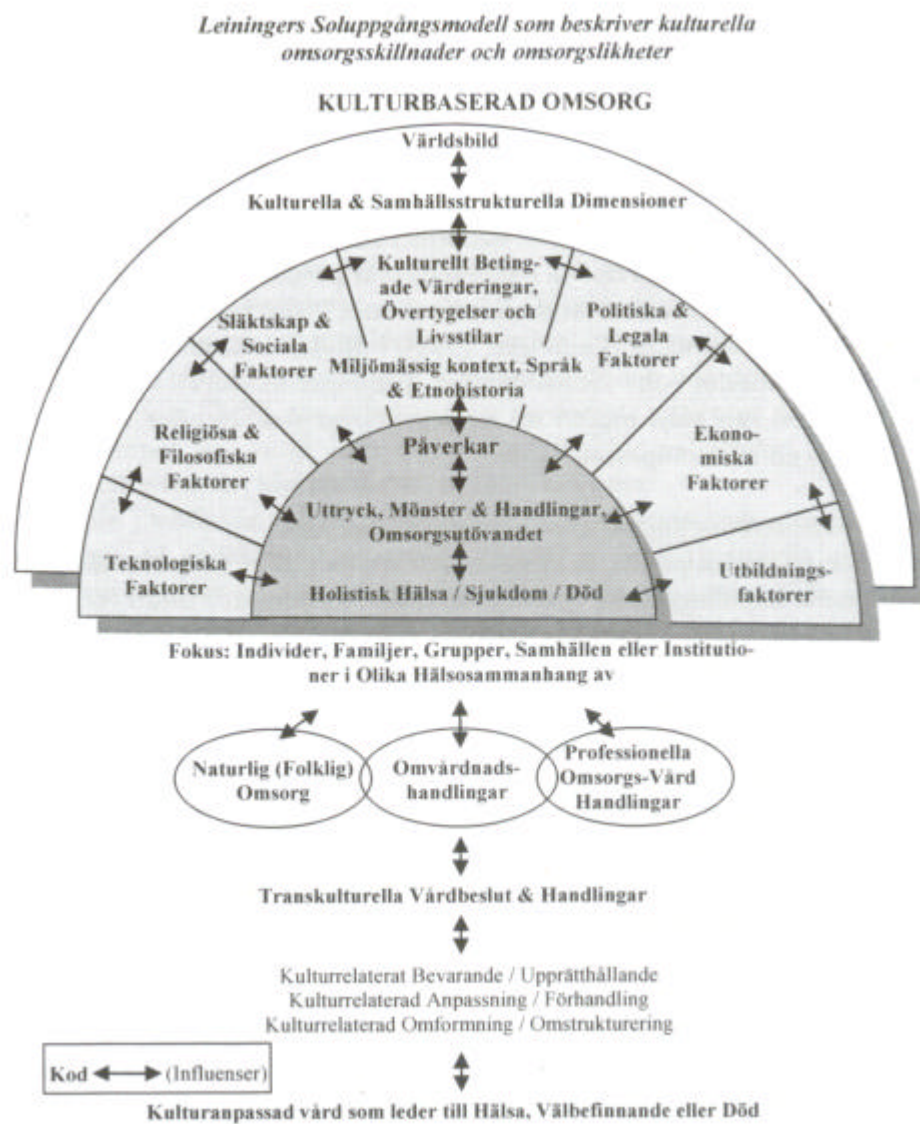
Winterich, JA & Umberson, D (1999) How women experience menopause: The importance of social context.

**Titeln** speglar tydligt innehållet. **Abstractet** förklarar syfte, metod, urval samt resultatet. **Introduktionen** tar upp tidigare forskning och definierar även menopaus. **Metoden** är väl beskriven, dels urvalet och dels tillvägagångssättet. **Resultatet** beskrivs i två underrubriker. Resultatdelen är lång och lite ostrukturerad. **Diskussionen** tar upp forskarnas tolkning av resultatet samt förslag på framtida forskning. Slutsats finns även med. **Referenserna** sträcker sig från 1967 till 1995 och referenserna är relevanta eftersom referensen från 1967 har med metoden att göra.

1. Anteckningar om ämnen i intervjun görs efter varje intervju. Minnesanteckningar om idéer och teorier som dyker upp i forskaren tankar ska göras så att de sparas under hela processen.
2. Intervjuavskrifter läses och noteringar görs under läsningen. Noteringarna ska vara på huvudteman som finns i intervjun. Målet med detta är att fördjupa sig i datan och bli mer medveten om intervjupersonens livsvärld, dvs. gå in i en annan människas referensram.
3. Sedan vaskas det som inte berör intervjuämnet bort, och resten kategoriseras, nästan allt intervjumaterial kodas. Denna kodning kallas öppen kodning, och kategorier genereras fritt under detta steg.
4. Kategorierna går sedan igenom och de som är samma/liknande slås samman till större kategorier.
5. de nya kategorierna går igenom och upprepade/liknande rubriker tas bort till denna sista lista på rubriker.
6. Validiteten ökas genom att två kollegor oberoende av varandra och forskaren i fråga genererar kategorisystem som sedan jämförs med originallistan varefter justeringar görs om nödvändigt.
7. Avskrifterna läses igen och kontroll görs så allt täcks in i kategori-listan, om något inte finns så korrigeras detta.
8. Varje avskrift går igenom en gång till och kodas, nu med färger efter huvudrubriker.
9. De kodade delarna klipps ut och grupperas samman med andra delar av samma färg. Här är det viktigt att ha flera kopior av avskriften så att sammanhanget inte går förlorat, eftersom allt som sägs i ett sammanhang och i meningen kan förloras om inte försiktighet iakttas.
10. Urklippta delar klistras nu upp på ark under lämpliga huvud- och underrubriker.
11. Sedan frågas utomstående ”stämmer detta citat med denna kategori”? varefter ändringar görs om nödvändigt, även detta steg fungerar som validitetskontroll.
12. Alla sektioner slås samman för att refereras till under hopskrivandet. Kopior av intervjuavskrifterna och inspelningarna ska finnas tillhands, för om något blir oklart under skrivandet ska forskaren referera direkt till originalkällan.
13. När sektionerna är sammanslagna börjar skrivprocessen.
14. Resultaten kan redovisas med ordagranna citat i en del och i en annan del ha litteraturanknytning. Eller så kan litteraturanknytningen och citaten redovisas jämsides.

## Innehållsanalys på 4 steg enligt Burnard (1996)

1. Texten läses igenom och en öppen kodning görs, genom att forskaren skriver enstaka ord eller kortare fraser i marginalen på texten som summerar datapassage. Orden/fraserna ska innehålla all data.
2. Orden/fraserna grupperas, och om nödvändigt slås de samman. Upprepningar/liknande ord tas bort så att en lista av rubriker tas fram som representerar all tillgänglig data. Mer än 12 rubriker bör ej användas.
3. Varje grupp av kategorier får en färg, och texten färgläggs efter kategori, så att hela texten blir färgmarkerad. Sedan klipps och klistras det så att alla delar text med samma färg hamnar på samma ark.
4. Efter detta så börjar analysen, forskarens uppgift är att erbjuda en förklaring till grupperna som har dykt upp. Det är på detta steg som en "teori" kan dyka upp ur den analyserade texten.



Leiningers Sunrisemodell, enligt Leininger (2001). Översatt av Gebru, K. I Gebru (2003) sidan 11.