



Barnmorskeprogrammet 90hp

Äldre kvinnors sexuella välbefinnande

Magisteruppsats 15hp

Anna Idberg
Lena Ulbaek

Sammanfattning

Bakgrund: Sexualitet hos äldre är precis som hos yngre en viktig del av livskvaliteten. Den sexuella förmågan och de sexuella behoven fortsätter långt upp i åren. Ett aktivt sexualliv har visat sig vara bra för välbefinnandet.

Syfte: Syftet var att undersöka vilka faktorer som har en positiv påverkan på äldre kvinnors sexuella välbefinnande.

Metod: En kvantitativ metod har använts på ett redan insamlat datamaterial. Detta material består av omfattande enkäter som samlades in under åren 2000-2003. Huvudvariabel sexuellt välbefinnande har testats mot flera relevanta variabler. Analysmetoderna som användes var Chi-square test, univariat analys och slutligen en multivariat analys. Vi har valt att titta på den positiva odds kvoten, det vill säga vad som påverkar det sexuella välbefinnandet positivt.

Resultat: Av den undersökta populationen skattade 25 % av kvinnorna att de hade ett bra sexuellt välbefinnande. Studien visade ett starkt samband mellan att känna sig uppskattad i hemmet och att vara nöjd med sitt sexuella välbefinnande. Att vara nöjd med sin kropp var en positiv faktor för det sexuella välbefinnandet. Signifikans fanns också för att ha ett bra humör, att vara icke rökare och att inte ha passerat menopaus.

Nyckelord: välbefinnande, sex, kvinnor, menopaus

Abstract

Background: Sexuality among older persons are just as important to quality of life as it is to younger people. The sexual ability and sexual needs will continue up in years. An active sex life is good for the sexual satisfaction.

Objective: The objective was to examine factors that have a positive impact on older women's sexual satisfaction.

Method: A quantitative method was used on already collected material, consisting of extensive surveys collected during the years of 2000-2003. The main variable sexual satisfaction has been tested against several relevant variables. The analytical methods used were chi-square test, univariate analysis and finally a multivariate analysis. We chose to examine the positive odds ratio, (POR), that affects the sexual satisfaction positively.

Results: Among the respondents 25% estimated that they had very good sexual satisfaction. The results indicates to be appreciated at home and happy with ones own body affected the sexual satisfaction positively. Having a good mood and not have passed menopause also have a positive affect of the older womens sexual satisfaction.

Keywords: Satisfaction, sex, women, menopause

Innehållsförteckning

Bakgrund	4
Sexualitet	4
Synsätt på sexuallivet.....	4
Menopaus.....	5
Sexuellproblematik	6
Sexualiteten under livets gång.....	7
Omvårdnadsteori.....	9
Definition av äldre.....	9
Definition av sexualitet och sexuellt välbefinnande.....	9
Problematisering.....	10
Syfte.....	11
Metod.....	11
Studiepopulation	11
Genomförande	12
Instrument	12
Analys	13
Etiskt övervägande.....	14
Resultat.....	14
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion.....	19
Slutsats	22
Framtida forskning.....	22
Referenslista.....	23

Bilaga 1

Bakgrund

Sexualitet

Under många generationer uppfattades sexualiteten som huvudsakligen en barnalstrande funktion. Kunskap om sexualitetens många andra sidor gör det lättare att förstå dess betydelse även högre upp i åldrarna. Sexualitet kan innebära reproduktion, relation, rekreation, relaxation, respekt och rehabilitering. Relation refererar till sexualitetens betydelse för att fördjupa och hålla samman en relation i mening av icke verbal kommunikation. Rekreation kan relateras till nöje, som någonting skönt och tilltalande. Relaxation visar på sexualitetens ångestdämpande effekt. Respekt står för sexualitetens betydelse av att befästa könsidentiteten och ge självkänsla. Rehabilitering står för sexualitetens förmåga att hela kroppen (Skoog, 2002).

I neurobiologisk mening är sexualitet ett mentalt tillstånd. Hur människan uttrycker detta tillstånd blir till ett sexuellt beteende. Med detta menas att vara mottaglig och kunna bearbeta de intryck som påverkar sexualiteten. Sexualiteten påverkas också av andra mentala tillstånd som t ex vårt välbefinnande och hur vi engagerar oss i andra känslomässiga upplevelser (Meyerson, 2002).

Synsätt på sexuallivet

Äldre människors sexualitet har länge varit ett tabubelagt område. Fördomar kan finnas hos de äldre själva och kan ge upphov till skuld känslor och hämningar. Detta kan bero på hur och under vilken tidsperiod de blivit uppfostrade. Den sexuella förmågan och de sexuella behoven fortsätter långt upp i åren. Sexualiteten hos äldre är precis som hos yngre en viktig del av livskvaliteten (Skoog, 2002). I undersökningen om sexuallivet i Sverige ”Sex i Sverige” 1996, framkom att samlagsaktiviteten i åldersgruppen 50 – 65 år var 72 % under den senaste månaden (Lewin, 1996).

Huang et al. (2009) har i en studie bland vita, afrikanska, latinska och asiatiska kvinnor i åldrarna 45-80 år visat att även äldre kvinnor har ett sexualliv. Av kvinnorna i studien hade 60 % varit

sexuellt aktiva de senaste tre månaderna och av dem så skattade hälften sitt sexualliv som medelbra till mycket bra. Bondil (2008) menar att sexualitet är både en mänsklig rättighet och en meningsfull faktor för livskvalité oberoende av ålder men med individuella variationer. För äldre människor är ett aktivt sexliv positivt för välbefinnandet. Dundon & Relini (2009) har intervjuat kvinnor mellan 40 och 70 år. De kom fram till att relationer, psykiskt välmående och menopausala symtom påverkade det sexuella välbefinnandet. Davison, Bell, LaChina, Holden & Davis (2009) skriver att sexuell hälsa är en viktig del av välbefinnandet. Kvinnor som skattade att de hade dåligt sexliv hade generellt sämre psykisk hälsa.

I den västerländska kulturen finns två dominerande synsätt. Det första menar att sex och sexualitet inte har någon relevans för äldre människor. Det andra synsättet menar att sex och sexualitet är grundläggande även i de äldre åldrarna. Sex och sexualitet har blivit en viktig del av det moderna samhället. Trots detta är äldres sexualitet bristfälligt utforskat (Gott, 2005). I en undersökning i Storbritannien 1990-1991 gjordes en omfattande studie på sexuell hälsa. Över 18.000 kvinnor och män blev intervjuade om sina attityder till sexualitet och sitt sexuella beteende. Denna undersökning skulle ge en inblick i engelsmännens sexualliv och skulle även användas till att kartlägga spridningen av HIV. Personer över 59 år ingick inte i studien på grund av att de data som samlades in inte, enligt forskarna, berörde äldre människor (Wellings, Field, Johnsson & Wadsworth, 1994). En uppföljande studie gjordes 1998 för att uppdatera information för de beslut som skulle tas när det gällde sexuell hälsa. Den äldsta av de 12.000 deltagarna var 44 år (Johnsson et al., 2001).

Menopaus

Menopausen inträffar i genomsnitt vid 50 års ålder för svenska kvinnor. I samband med menopausen sjunker koncentrationen av de kvinnliga könshormonerna östradiol, östron och östronsulfat. Menopausen beror på en gradvis förändring av ovariets funktion som sker under loppet av 5-10 år, det kallas för perimenopaus, klimakteriet eller övergångsåldern. Under klimakteriet rubbas balansen mellan hypothalamus, hypofys och ovarierna vilket leder till kraftigt sjunkande östrogenproduktion och att ovulationen upphör. Efter menopausen, vanligast i 60-65

års ålder uppkommer hos många kvinnor sveda, klåda och torrhet i underlivet på grund av östrogenbrist. Slemhinnan i vagina och urinvägarna blir atrofiska och tunna (Faxelid, 2009). Atrofiska och tunna slemhinnor kan leda till sämre sexuellt välbefinnande vilket stöds av en undersökning av Dundon & Relini (2009). Majoriteten av de kvinnor som är under 50 år menar att torra slemhinnor beror på att de inte blivit tillräckligt sexuellt upphetsade medan kvinnor över 50 år tror att det beror på åldern och menopaus (Leiblum, Hayes, Wanser & Nelson, 2009). Sexuell dysfunktion bland kvinnor i klimakteriet är utbrett och förknippas med bio-psykosociala faktorer. Det finns dock inte tillräckliga bevis för att jämföra sexuell dysfunktion med en minskning av östrogennivåer och biologiskt åldrande. En stark koppling finns mellan klimakteriets genitala symtom och samlagssmärta. En betydande minskning av det sexuella välbefinnandet förekommer i klimakteriet för kvinnor, även om det fortfarande är oklart om detta är förknippat med minskning av östrogennivåer eller med åldrande, eller båda. Relationsfaktorer kan påverka sexuella välbefinnandet under denna fas. De för klimakteriet genitala symptomen förbättras med östrogen substitutionsterapi och kan ge positivt påverkan på det sexuella välbefinnandet (Lara et al., 2009).

Sexuell problematik

År 2020 i USA kommer det att finnas lika många kvinnor som är i klimakteriet som det är kvinnor i fertil ålder. Med så många åldrande kvinnor kommer förståelse för sexualitet under medelåldern och därefter att få större betydelse både för yrkesverksamma (t.ex. hälso- och sjukvårdspersonal, beslutsfattare) och för kvinnorna själva (Koch, Mansfield, Thurau & Carey, 2005). I samtal med en kvinna om hennes sexuella lust, om hur könsorganen fungerar och vilken behållning hon har av sitt sexualliv, skiljer sig ofta hennes upplevelser från mannens. En del kvinnor berättar att de upplever den egna sexualiteten olika i förhållande till olika partners. Relationen är därför ett väsentligt område att beröra i samtal kring sexualitet med en kvinna. Känslor av sorg och ilska kan effektivt hindra en kvinna från att njuta tillsammans med sin partner. Kvinnor har gärna en högre målsättning med det sexuella umgänget än ren kroppslig sexuell tillfredsställelse och talar om kvalitet hellre än kvantitet. Män upplever också kvaliteten som betydelsefull, men det händer att behoven på detta område är olika och det kan skapa konflikter (Brattberg & Hulter, 2002).

Hur människor uppfattar sin kropp kan störa den sexuella njutningen. På grund av detta är det vanligt att försöka dölja en del av sin kropp under sexualakten. En positiv syn på kroppen påverkar sexuallivet positivt (Peplau, Frederick, Yee, Maisel, Lever & Ghavami, 2009). Ju mer en kvinna upplevde att hon var attraktiv desto mer sexuellt aktiv var hon (Koch, Mansfield, Thureau & Carey, 2005).

Fugl-Meyer (1996) visar i sin studie att gynekologen var den specialist som kvinnor i alla åldrar vände sig till i störst utsträckning för att få råd och hjälp när det gällde nedsatt sexuell förmåga och låg sexuell tillfredsställelse. Det som kvinnorna sökte för var vaginal smärta vid samlag, låg sexuell lust och orgasmsvårigheter. De flesta kvinnor har erfarenhet av preventivmedelsrådgivning, mödrahälsovård, gynekologiska hälsokontroller och även klimakteriemottagning. Denna del av sjukvården arbetar bland annat med sexuell hälsa och kan vara en bra samtalspartner när det gäller sexuell problematik. Av kvinnorna i undersökningen hade 81 % aldrig vänt sig till dessa yrkesgrupper för att få råd och hjälp i sexuella frågor. I en studie av Nappi & Lachowsky (2009) framkom att genom att ge kvinnor möjlighet att prata om sexuella problem inom hälsovården kunde deras livskvalité höjas avsevärt. I en studie av Lindau et al. (2007) är de vanligaste sexuella problem som kvinnor har mellan 57 och 64 år dålig lust (43 %), torra slemhinnor (39 %) och svårigheter att få orgasm (34 %). Endast 22 % av kvinnorna hade diskuterat sina sexuella problem med läkare efter det att de fyllt 50 år. Mc Kay (2005) skriver att tidigare forskning kring rökning och sexualitet är till största delen inriktad mot män. Rökning reducerar blodflödet i de nedre extremiteterna, vilket då inkluderar även kvinnliga genitalia.

Sexualiteten under livets gång

Den vuxna människans sexualitet ändras under livets gång. Livshändelser påverkar vårt sexuella beteende och även våra känslor och attityder. Dessa kan vara kroppsliga förändringar som graviditet, klimakterium, sjukdomar och åldrande. Det kan också vara sociala och interpersonella händelser som att ha ett fast parförhållande, bli/vara förälder, bli/vara arbetslös, att skilja sig eller bli änka. Det är mycket som spelar in och som kan få betydelse för en människas sexualitet

(Fugl-Meyer, 1996). Kvinnor kan ha svårare att hitta en partner när de blir äldre. Detta kan bero på olika faktorer som till exempel att män oftast är gifta med yngre kvinnor och att män statistiskt inte har lika lång livslängd (Lindau et al., 2007).

I studien "How important is sex in later life" Gott & Hinchliff (2003), intervjuades 44 deltagare i åldern 50-92 år. Ett av resultaten var att sexualiteten sågs som en viktig komponent i en nära relation på äldre dagar. De deltagare som inte hade något förhållande tyckte inte att sex var högprioriterat. Detta var speciellt kännetecknande för de som inte trodde att de skulle bli sexuellt aktiva igen som änkor/änklingar och de med hälsoproblem. Hälsoproblem kan också få människor att omprioritera sin sexualitet. Många behöll intimiteten genom att smekas och hålla om varandra när själva penetreringen inte längre fungerade. Förutom detta framkom inte i studien om annan sexuell aktivitet förekom istället för penetrering. När sex inte längre blev lika regelbundet eller inte gick att genomföra löste människor detta genom att tänka att sexuallusten avtar med åldern och att inte ha sex var lättare när man hade haft en lång relation. Några kvinnor i 50 års ålder tyckte att sex hade blivit bättre. De kände sig mer avslappnade, behövde inte vara rädda för att bli gravida och var mer erfarna. Dessa kvinnor använde sexualiteten som uttryck för att visa kärlek till sin partner, den gav dem bättre självförtroende och välbehag (Gott & Hinchliff, 2003). Sexuell kommunikation innebär ett givande och tagande och ger tillträde till intima önsningar och behov. Inom långa relationer kan delad sexuell aktivitet ha en symbolisk funktion som bevisar för partnern att de fortsätter att kommunicera med varandra (Jannini, Fisher, Bitzer & Mc Mahon, 2009).

Dundon & Rellini (2009) fick i sin undersökning fram att det fanns ett samband mellan sexuellt välbefinnande och partnerskap där trivsel med närhet under sexualakten och tillfredsställelse med den sexuella relationen var viktigt för det sexuella välbefinnandet. Psykiskt välbefinnande och menopausala symtom hade en stark koppling med tillfredsställelsen till sexuallivet. Studiens resultat stödde inte deras hypotes att attityder till kroppen påverkar sexuallivet för medelålders kvinnor. Melin, Fugl-Meyer & Fugl-Meyer (2003) menar att en stadig partnerrelation och yrkesarbete ger ett bättre sexualliv.

Omvårdnadsteori

Jean Watson (1940-) är en amerikansk sjuksköterska vars teoretiska arbete betraktas som omvårdnadsmodell. Utgångspunkten för hennes arbete tar sitt uttryck i humanistisk psykologi. I sin människosyn formar hon en behovshierarki där hon delar in de grundläggande behoven i två grupper, biofysiska och psykofysiska. I de biofysiska ingår föda, vätska, syre och elimination och i de psykofysiska behoven ingår sexualitet och aktivitet. De grundläggande behoven kallar hon för överlevnadsbehov respektive funktionella behov. De högre behoven är psykosociala som självrespekt och tillhörighet. Högst upp placerar hon självförverkligande. Hon menar att för att ta hänsyn till enskilda behov måste man se till helheten. Watson menar vidare att omvårdnadens mål ska vara att främja hälsa som ett positivt värde. Att främja hälsa är så mycket mer än att förebygga sjukdom. Förutsättningen för detta är att hälso- och sjukvården riktar sin uppmärksamhet mot annat än det som traditionellt har betonats (Jahren-Kristoffersen, 1998).

Denna omvårdnadsteori ser sexualiteten som ett av de grundläggande behoven. Det betonas också för att tillfredställa ett behov måste behandlaren se till helheten. Genom att se det positiva kan hälsa främjas.

Definition av äldre

Begreppet äldre är inte entydigt. I vår studie har vi valt kvinnor som är 55 och 60 år. I barnmorskans profession tillhör denna åldersgrupp de äldre åldrarna, även om vi som barnmorskor ska följa kvinnan genom hela hennes livscykel (Hammarberg, 2004). Inom litteratur som behandlar sexualitet och sexuellt välbefinnande definieras äldre som de som är över 50 år. Det är viktigt att komma ihåg att det finns många skillnader mellan en människa i 50 års ålder och en i 90 års ålder (Gott, 2005).

Definition av sexualitet och sexuellt välbefinnande

För att världens nationer ska bli uppmärksamma på de sexologiska behoven har en internationell sammanslutning, World Association for Sexology (WAS), antagit en deklaration om sexuella rättigheter i samband med den 14:e Världskongressen i Sexologi, 26 augusti 1999 i Hong Kong. Enligt World Health Organization (WHO) har alla män, kvinnor, unga som gamla,

heterosexuella, homosexuella och funktionshindrande en sexualitet och därmed en sexuell längtan och en önska att kunna uttrycka sin sexualitet. WHO definierar sexualitet som:

“Sexuality is a central aspect of being human throughout life and compasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political cultural, ethical, legal, historical and religious and spiritual factors.”

WHO menar att sexualitet är något centralt för människan och hennes identitet, något som följer oss hela livet. I synen på sexualitet innefattas både biologiskt och socialt kön, sexuell orientering, lust, intimitet och fortplantning. Sexualitet handlar inte bara om praktik utan också om tankar, fantasier, relationer och värderingar. WHO månar om alla individers rätt till sexuell välbefinnande, vilket definieras som:

” A state of physical, emotional and social well-being related to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationship, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experience, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.”

Detta innebär alla individers möjlighet till säkert sex, fritt från tvång, diskriminering och våld. Alla människors sexuella rättigheter måste respekteras, försvaras och uppfyllas (WHO, 2002; Heberlein, 2004; Hulter, 2004).

Problematisering

Sexualitet hos äldre är en viktig del av livskvaliteten och de sexuella behoven fortsätter långt upp i åren (Skoog, 2002).

Under vår utbildning till barnmorskor har vi lärt oss att vi ska ha fokus på det friska hos kvinnan under hela hennes liv. Därför tycker vi det är viktigt att ta reda på vilka faktorer som påverkar äldre kvinnors sexuella välbefinnande positivt. Om vi kan hitta dessa kan vi också på ett bra sätt

hjälpa kvinnor i rådgivningssituationer.

Hammarberg (2004) har i sin enkätstudie för vårdförbundet undersökt barnmorskors kunskap om äldre kvinnors (60 år och äldre) hälsa inklusive sex och samlevnad samt erfarenhet att arbeta med äldre kvinnor. Barnmorskorna ansåg att det var viktigt i deras profession att ge information och rådgivning till äldre kvinnor för att de ska kunna behålla ett bra sexualliv. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1995:5) omfattar barnmorskans specialområde förebyggande verksamhet och reproduktiv hälsa ur ett livscykelerspektiv. Barnmorskan är genom sin utbildning inriktad på det friska och normala hos kvinnan under hela hennes livscykel.

Syfte

Syftet var att undersöka vilka faktorer som har en positiv påverkan på äldre kvinnors sexuella välbefinnande.

Metod

Metoden är kvantitativ och författarna har valt att använda tidigare insamlat data material. Materialet består av enkäter (Bilaga 1) som har använts som grund i avhandlingen, *Keeping my ways of being – Middle-aged women and menopause* (Ekström, 2005).

Studiepopulation

Ekströms studie (2005) genomfördes i en kommun i Sverige. Geografiskt består denna kommun av mindre orter på landet i Kronobergs län och har omkring 19 000 invånare. Den ursprungliga studien genomfördes i en ort som har 6000 invånare (första delen av studien 1995-99) och andra delen utökades med ytterligare en ort med 9000 invånare (2000-2004).

I Svenska folkbokföringsregistret ingår viss statistik över alla innevånare, detta gör det möjligt att jämföra respondenterna i frågeformuläret med icke respondenter. I jämförelsen hittades fler kvinnor som var singlar bland icke respondenterna än bland respondenterna men de två grupperna skiljde sig inte åt speciellt mycket när det gällde kvinnor som var skilda och änkor, där var heller ingen skillnad när det gällde respondenter och icke respondenter i proportion till kvinnor födda utanför Sverige (Ekström, 2004).

Genomförande

Enkäter skickades ut till alla kvinnor som tillhörde de båda orternas primärvårdsdistrikt de år de fyllde 45, 50, 55 och 60 år. De fick frågeformuläret tillsammans med ett frankerat kuvert, två påminnelsebrev skickades ut. Författarna har valt åldersgrupperna 55 och 60 år. I dessa åldersgrupper skickades 899 enkäter ut.

Den del av materialet som författarna valt att använda är den del av studien som genomfördes under åren 2000-2003. Även data från enkäterna som skickades ut 2004 har använts, vilket inte användes i Ekströms (2005) avhandling. Under dessa år utökades enkäten med frågor rörande sexualitet, kroppsuppfattning, upplevelser och förväntningar av klimakteriet. Författarna har valt åldersgrupperna 55 och 60 år. I enkäterna från 2000-2004 svarade 75 % av 55 åringarna och i åldersgruppen 60 år 77 %. Totalt svarade 680 kvinnor, vilket motsvarar 76 % av de tillfrågade kvinnorna.

Instrument

Mätinstrumenten som används för att mäta livskvalité i enkäten var ”The Gothenburg Quality of life instrument” och ”The ladder of life”. Dessa är validerade instrument för att mäta livskvalitet. The Gothenburg Quality of Life Instrument har använts i populationsbaserade studier på både män och kvinnor, yngre och äldre individer, sjuka och friska personer (Sullivan et al., 1993). Detta är ett generellt instrument som inte är specifikt för kvinnor eller för den menopausala perioden och innebär att personerna självskattar olika parametrar från 1 (mycket dåligt) till 7 (alldeles utmärkt). The Ladder of life, Livsstegen, mäter personens optimism och framtidstro genom skattning av nuvarande, tidigare och framtida förväntningar på livet. Bedömningen är baserad på nuvarande livsvärdering. Poängskalan har tio steg från minst önskvärt (0) till mest önskvärt (10) (Wiklund et al., 1992). Enkäten består av fyra delar vilka är: allmänna frågor; ålder, klimakterium och livskvalitet; sjukdomar, ohälsa och besvär; menstruation och kvinnliga könshormoner. Den del av enkäten där instrumentet The ladder of life använts har dock inte inkluderats i vår studie, då dessa variabler inte ansågs relevanta till vårt syfte.

Analys

Författarna har med hjälp av dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 17, undersökt vilka faktorer som har en positiv påverkan på 55 och 60 åriga kvinnors sexualliv. SPSS är ett av de mest använda programmen för statistisk analys inom social vetenskap. Det används inom bland annat marknadsföring, hälsovetenskaper och utbildning (Wahlgren, 2008). Som utfallsvariabel valdes frågan i enkäten: Hur bedömer du ditt sexualliv just nu?

Utfallsvariabeln har testats mot relevanta variabler i frågeformuläret. I de frågor där respondenterna har skatta från 1 till 7 har vi genom dikotomisering valt att alternativen 1-5 är sämre för sexuellt välbefinnande och alternativ 6-7 är bra för sexuellt välbefinnande. Detta för att endast ha kvar två alternativ per fråga, vilket var ett krav för att kunna göra kommande analyser i SPSS.

Enligt Ejlertsson (2003) har man inom den moderna folkhälsovetenskapen utvecklat metoder där hälsa är utgångspunkt. Detta som ett komplement till det sjukdomsförebyggande arbete där utgångspunkten är sjukdom. I och med detta har ett nytt mått beskrivits där det friska och det positiva är den beroende variabeln i stället för den negativa (sjukdom), som fallet är då odds kvot används, detta nya mått benämns positiv oddskvot eller positiv odds ratio (POR). Det sämre alternativet i förhållande till huvudvariabeln sexuellt välbefinnande har vi döpt till 0 och det bättre alternativet till 1. Detta för att i resultatet få en positiv oddskvot eftersom vi vill titta på de faktorer som har en positiv istället för en negativ påverkan på äldre kvinnors sexuella välbefinnande.

Huvudvariabeln sexuellt välbefinnande testades mot alla relevanta variabler i ett Chi Square test. Enligt Ejlertsson (2003) används ett Pearsons Chi-square test för att kontrollera om det finns ett samband mellan olika variabler. De variabler som hade signifikansnivå (p) 0.05 eller lägre gick vidare till en univariat analys. p innebär att om nollhypotesen är sann så är det 95 % sannolikhet att det erhållna värdet är sant. Ejlertsson (2003) skriver att en univariat analys innebär att undersöka om det finns något samband mellan två variabler och i så fall beskriva hur sambandet

ser ut, i detta fall om det finns ett positivt samband. De variabler som är signifikanta och relevanta för huvudvariabeln sexuellt välbefinnande testades sedan i en multivariat analys.

Enligt Ejlertsson (2003) innebär en multivariat analys att fler variabler samtidigt ingår i analysen för att kontrollera beroenden mellan variablerna för att få ett mer tillförlitligt resultat. Detta för att få ett säkrare resultat och utesluta att resultatet beror på någon annan påverkande faktor. Inför den multivariata analysen delade vi in variablerna under de rubriker de varit grupperade i enkäten: allmänna frågor; ålder, klimakterium och livskvalitet; sjukdomar, ohälsa och besvär; menstruation och kvinnliga könshormoner. Detta för att begränsa mängden data i varje analys.

Etiska övervägande

Forskningsetiska övervägande utgår från den internationella Helsingforsdeklarationen om forskningsetiska principer som gäller i all forskning (The World Medical Association, 1964). Dessa bygger på fyra grundläggande etiska principer: autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen om att inte skada samt rättvis principen (Polit & Beck, 2004).

Tillstånd från etisk kommitté har inhämtats från Lunds universitet av Helene Ekström då hon påbörjade sin studie. Nyttan med studien är att öka den teoretiska kunskapen hos barnmorskor ute i den kliniska verksamheten. Med en ökad teoretisk kunskap följer en större förståelse och troligtvis en bättre rådgivning.

Resultat

Totalt svarade 680 kvinnor i åldern 55 och 60 år på enkäten. En majoritet 84 % var gifta/sambo, drygt hälften 64 % hade grund- eller realskola, 80 % arbetade hel- alternativt halvtid och BMI var < 25 hos 56 % av kvinnorna. Se tabell 1.

Tabell 1. Karakteristika hos 55 och 60 åringar i den studerade populationen

2000 – 2004 (n= 680).

Variabel	Antal	%
Civil status (n=674)		
Gift/Sambo	568	84
Ogift	22	3
Skild	56	8
Änka	28	4
Utbildning (n=671)		
Grundskola/Realskola	428	64
Gymnasium	101	15
Högskola/Universitet	142	21
Arbete/Sysselsättning (n=673)		
Yrkesarbete heltid	264	39
Yrkesarbete deltid	276	41
Hemarbete	20	3
Arbetslös	29	4
Pensionär	84	13
Barn (n=671)		
Inga barn	33	5
1 barn	81	12
2 barn	314	48
3 eller fler barn	243	36
BMI (n=656)		
Mindre än 25	367	56
25 - 29,99	210	32
30 eller mer	79	12

Av totalt 680 kvinnor svarade 647 kvinnor på frågan: Hur bedömer du ditt sexualliv just nu? Av dessa bedömde 159 (25 %) att de hade ett bra sexuellt välbefinnande. Resterande 488 kvinnor (75 %) skattade sitt sexuella välbefinnande som dåligt.

Resultaten av analyserna redovisas i de fyra grupper som de delades in i enkäten. I del ett, allmänna frågor, visade det sig att de som aldrig rök skattade sitt sexuella välbefinnande högt.

Under del två, ålder klimakterium och livskvalitet visade det sig att flera faktorer föll ut i den univariata analysen men endast två faktorer kvarstod i den multivariata. Dessa var att känna sig uppskattad i hemmet och att vara nöjd med sin kropp.

Samma mönster återfanns i del tre, sjukdomar, ohälsa och besvär, då faktorerna att inte känna sig lättirriterad och att inte känna sig nedstämd kvarstod i den multivariata analysen.

I den fjärde delen, menstruation och kvinnliga könshormoner, var faktorn att inte ha passerat menopaus ensam variabel efter den univariata analysen.

Tabell 2. Resultat av den univariata och multivariata analysen.

	Antal	Univariat analys			Multivariat analys		
		POR	95 %	p	POR	95 %	p
Del 1 Allmänna frågor							
Har aldrig rökt	641	1,70	1,19 - 2,45	0,004			
Del 2 Ålder, klimakterium och livskvalitet							
Utmärkt bostadssituation	643	2,25	1,28 - 3,94	0,005			
Utmärkt arbetssituation	602	2,21	1,52 - 3,23	0,000			
Utmärkt hälsa	639	1,86	1,29 - 2,68	0,001			
Utmärkt fritid	639	2,76	1,87 - 4,06	0,000			
Utmärkt syn	645	1,97	1,34 - 2,89	0,001			
Utmärkt minne	644	1,50	1,04 - 2,16	0,030			

Utmärkt kondition	645	1,73	1,17 - 2,58	0,007			
Utmärkt aptit	645	2,29	1,46 - 3,60	0,000			
Utmärkt humör	645	3,39	2,32 - 4,95	0,000			
Utmärkt energi	644	2,32	1,61 - 3,35	0,000			
Utmärkt tålamod	645	2,25	1,56 - 3,25	0,000			
Utmärkt självförtroende	646	2,20	1,53 - 3,17	0,000			
Utmärkt sömn	647	0,47	1,23 - 0,98	0,044			
Mycket uppskattad utanför hemmet	641	2,31	1,59 - 3,35	0,000			
Mycket uppskattad i hemmet	634	8,52	4,37-16,60	0,000	7,21	3,11 - 16,67	0,000
Mycket nöjd med sin kropp	646	5,05	3,44 - 7,42	0,000	4,04	2,51 - 6,51	0,000

		Univariat analys			Multivariat analys		
	Antal	POR	95 %	p	POR	95 %	p
Del 3 Sjukdomar, ohälsa och besvär							
Ingen värk	641	2,13	1,48 - 3,07	0,000			
Ingen yrsel	640	1,62	1,07 - 2,44	0,022			
Ingen huvudvärk	640	1,73	1,20 - 2,49	0,003			
Ingen hörselnedsättning	640	1,69	1,04 - 2,77	0,036			
Ingen trötthet	639	2,03	1,41 - 2,92	0,000			
Inga sömnbesvär	640	1,90	1,32 - 2,73	0,001			
Inga nervösa besvär	640	3,04	1,69 - 5,42	0,000			
Ingen andfåddhet	640	1,61	1,03 - 2,51	0,036			
Inte lättirriterad	640	2,70	1,82 - 4,03	0,000	1,69	1,02 - 2,79	0,041
Inte överansträngd	640	1,69	1,16 - 2,45	0,006			
Inga koncentrationsproblem	639	1,83	1,23 - 2,72	0,003			
Inte rastlös	640	2,74	1,78 - 4,23	0,000			
Inte nedstämd	639	3,01	2,06 - 4,41	0,000	1,68	1,03 - 2,75	0,038
Har inte lätt för att	640	2,59	1,66 - 4,03	0,000			

gråta							
Har inte svårt att slappna av	640	2,34	1,62 - 3,39	0,000			
Inget magont	640	1,73	1,12 - 2,67	0,013			
Inget illamående	639	1,83	1,02 - 3,29	0,042			
Inte förstoppad	640	2,24	1,21 - 4,15	0,010			
Inte överviktig	642	1,47	1,01 - 2,14	0,043			
Inga ledbesvär	642	1,88	1,30 - 2,73	0,001			
Inget ryggont	642	1,99	1,38 - 2,87	0,000			
Ingen benvärk	642	1,89	1,30 - 2,73	0,001			
Inga besvär med att kasta vatten	642	5,01	1,18 - 21,26	0,029			
Inga besvär med inkontinens	642	1,85	1,26 - 2,70	0,002			
Använder inte antidepressiva	640	3,02	1,18 - 7,78	0,022			
Del 4 Menstruation och kvinnliga könshormoner							
Inte ha passerat menopaus	642	2,42	1,39 - 4,24	0,002			

Metoddiskussion

Författarna har valt att använda detta material som grund eftersom enkäterna som skickades ut är omfattande och relevanta till syftet. Den kvantitativa metoden som använts lämpar sig väl till syftet med studien. I studien har överlag generella frågeinstrument använts och detta gör att enkäten inte bara kan användas till klimakterieforskning som tanken med enkäten var från början utan också passar bra till området vi valt att skriva om. Instrumentet som använts i enkäterna (Ekström, 2005), är validerade vilket gör att data som är insamlad känns relevant och trovärdigt. Svarsfrekvensen i undersökningen är relativt stor 76 %, vilket gör att bortfallet är litet och undersökningen känns därför trovärdig. Detta gör att generaliserbarheten i studien är hög. För att kunna generalisera ett resultat måste stickprovet vara representativt för populationen (Forsberg & Wengström, 2003). Författarna har valt att undersöka den POR vilket enligt Ejlertsson (2003) är faktorer som påverkar positivt och inte negativt, vilket ett flertal tidigare studier om sexualitet gjort. Att vi valt just den metoden beror på att det finns mycket lite forskning inom området. Då barnmorskans ansvarsområde är att ta hand om det friska hos kvinnan och inte det sjuka så anser

vi att det är av stor vikt att man ser på faktorer som påverkar sexuallivet positivt och inte bara på det som påverkar negativt, detta för att lyfta fram det friska hos kvinna och inte bara det negativa och sjuka. Vid dikotomiseringen valde vi gränsen för ett bra sexuellt välbefinnande vid 6, det vill säga de som skattade sitt sexualliv till 6 och 7 hade ett bra sexuellt välbefinnande.

Om enkäten hade varit mer specifikt inriktad på sexualvanor hade kanske resultatet blivit annorlunda, då fler variabler rörande sexuallivet ingått. Karakteristiska hos den studerade populationen ger inte så stor bakgrundsinformation angående till exempel hemmavarande barn och längden på eventuellt förhållande. Kvinnor som är änkor och de som är skilda, skiljer sig inte från genomsnittet men bland den studerade populationen förekommer färre singlar än bland icke respondenter då Ekström (2005) gjorde en jämförelse mot svenska folkbokföringsregistret. Denna karakteristiska skulle kunna ha påverkat resultatet.

En annan svaghet skulle kunna vara att en sammanslagning av de båda åldrarna 55 och 60 år gjordes. Om analyserna skett utan sammanslagning av åldrarna kanske resultatet varit ett annat och även visat skillnader mellan 55 och 60 åriga kvinnor. Dock ansåg vi att det var bättre med en sammanslagning av de bägge åldrarna då vi på detta sätt fick fler respondenter.

Resultat diskussion

Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som påverkar kvinnors välbefinnande med sitt sexualliv vid 55 och 60 år. I resultatet lyfte vi fram faktorer som i den studerade populationen påverkade det sexuella välbefinnandet positivt.

Endast 25 % av kvinnorna i den undersökta populationen är nöjda med sitt sexuella välbefinnande. Dessa 25 % utgör 159 kvinnor, vilket vi anser vara tillräckligt för att få ett tillförlitligt resultat. Resultatet är förvånande då detta innebär att 75 % av kvinnorna är missnöjda med sitt sexuella välbefinnande. Inga av karakteristiska i tabell 1 har visat någon signifikans för det sexuella välbefinnandet det vill säga att varken civilstatus, utbildning, sysselsättning, antal barn eller BMI har någon signifikans för hur kvinnorna skattade sitt sexuella välbefinnande. Däremot var det ett starkt samband med hur uppskattade kvinnorna kände sig i hemmet och hur de skattade sitt sexuella välbefinnande. De kvinnor som känner sig uppskattade i hemmet har sju

gångar större chans att också uppleva ett bra sexualliv. I en tidigare gjord studie av Melin, Fugl-Mayer & Fugl-Mayer (2003) visar att en stadig partnerrelation och yrkesarbetande ger ett bättre sexualliv. Signifikant i vår studie var att om kvinnorna känner sig uppskattade i hemmet så skattar de sitt sexualliv högre. Det skulle kunna bero på att i en bra relation känner sig kvinnorna uppskattade i hemmet och därmed skulle det då påverka sexuallivet positivt.

Starkt samband fanns också mellan hur de skattade sina egna kroppar och hur de skattade sitt sexuella välbefinnande. Detta stöds av Peplau et al. (2009). Koch, Mansfield, Thurau & Carey (2005) som menar att ju mer en kvinna upplever att hon är attraktiv ju mer sexuellt aktiv är hon och detta skulle kunna leda till ett bättre sexuellt välbefinnande. Tidigare studier är dock inte entydiga då Dundon & Rellini (2009) visade att attityder till kroppen inte påverkade sexuallivet. I dagens kroppsfixerade samhälle tycker dock inte vi att det är konstigt att man ser på sin kropp som en viktig faktor när det gäller det sexuella välbefinnandet.

Anmärkningsvärt kan tyckas att det inte fanns något samband mellan BMI och det sexuella välbefinnandet då det fanns ett starkt samband mellan hur nöjda de var med sin egen kropp och det sexuella välbefinnandet. Vad det beror på besvaras inte i vår studie utan det kan vi bara spekulera i, men det skulle kunna bero på att de flesta i vår studie var kvinnor med normalt BMI. Hela 56 % hade ett BMI under 25 och endast 12 % var obesa. Enligt statistiska central byrån ligger medelvärdet på BMI bland kvinnor 55-64 åren 2002-2003 strax ovan gränsen för normalt BMI, på 25,7.

Resultatet i tabell 2 visar de faktorer som påverkar det sexuella välbefinnandet i positiv riktning. Under allmänna frågor var det efter den univariata analysen enbart rökning som var signifikant. I resultatet framkom att vara icke rökare påverkar det sexuella välbefinnande positivt. Att vara före detta rökare och rökare påverkar inte sexuallivet i positiv riktning men eftersom vi tittar på friskfaktorer så går det inte att dra någon slutsats om hur rökning påverkar det sexuella välbefinnandet i negativ riktning. McKay (2005) skriver att rökning reducerar blodcirkulationen i kroppen och detta i sin tur påverkar blodflödet till genitalorganen. Detta gör det logiskt att spekulera i att även rökning minskar den fysiska sexuella upphetsningen för kvinnor.

Resultatet visade att inte vara lättirriterad och att inte vara nedstämd påverkar det sexuella

välbefinnandet i positiv riktning. Att inte vara nedstämd skulle påverka det sexuella välbefinnandet i positiv riktning kan knytas till Davison, Bell, LaChina, Holden & Davis studie 2009 då de såg att de som hade ett dåligt sexualliv också generellt hade en sämre psykisk hälsa.

Att inte ha passerat menopaus, det vill säga att ha naturliga menstruationer påverkar enligt vår studie sexuallivet positivt. Något samband mellan frånvaro av klimakteriebesvär och bättre sexuellt välbefinnande kunde dock inte ses. Davids, Bell, LaChina, Holden & Davis (2009) har i sin studie visat att menopausala symtompåverkar det sexuella välbefinnandet negativt. I studien av Leiblum, Hayes, Wanser & Nelson (2009) tror kvinnor över 50 år att torra slemhinnor beror på åldern medan yngre kvinnor tror att det beror på att de inte är tillräckligt sexuellt upphetsade. Enligt Faxelid är torra slemhinnor något som kommer lite senare i klimakterier runt 60-65års åldern. I vår studie sågs inget samband mellan östrogen terapi vid klimakteriebesvär och hur man skattar sitt sexuella välbefinnande detta har dock påvisats i andra studier. Lara et al. (2009) menar att de genitala symtom som vid klimakteriet förbättras med östrogen substitutionsterapi ger en positiv påverkan på den sexuella funktionen. Detta skulle kunna bero på, enligt Faxelid (2009) att torra slemhinnor är sena besvär och kommer i 60-65 års ålder. Det skulle kunna vara därför detta inte är signifikant i vår studie då dessa kvinnor är något yngre. Här ser vi en viktig uppgift för barnmorskan, bland annat att informera kvinnorna om att torra slemhinnor inte är det första tecknet på menopaus utan att det är ett senare tecken och att problem i sexuallivet faktiskt kan tänkas bero på något annat.

Nappi & Lachowsky (2009) skriver genom att ge kvinnorna chans att prata om sina sexuella problem kunde deras livskvalitet höjas. Bondil (2008), menar att ett bättre sexuellt välbefinnande ger en bättre livskvalitet. I enkäten frågades också om antal besök hos barnmorska och läkare och detta jämfördes också mot hur de skattade sitt sexuella välbefinnande, vilket det inte finns någon signifikans för. Kanske beror detta på att de inte får tillfälle att prata om sina sexuella problem när de är där. Om barnmorskan gav dem tillfälle att prata om sina sexuella problem kanske de skulle kunna få information och råd och de skulle då kanske komma att skatta sitt sexuella välbefinnande annorlunda. I slutändan skulle detta kunna leda till ett bättre sexualliv och livskvalitet, vilket inte bara skulle gynna kvinnorna utan också deras partner.

Slutsats

När hänsyn tagits till flera olika faktorer visade det sig att känna sig uppskattad i hemmet och att trivas med sin kropp påverkar det sexuella välbefinnandet positivt. Detta tycker vi är viktig kunskap för barnmorskor i deras möten med äldre kvinnor.

Framtida forskning

Intressant i framtiden vore att med hjälp av detta material undersöka vad som påverkar de faktorer som ingick i resultaten. Vad är det som påverkar hur kvinnorna väljer att skatta sin egen kropp. Intressant vore också med en liknande studie fast bland något äldre kvinnor för att se om samma faktorer påverkar sexuallivet ännu längre upp i åldrarna.

Enkäterna i studien berör många områden ytligt och i framtiden hade det även varit intressant att göra en mer ingående studie i ämnet antingen genom djupintervjuer eller genom en enkät. Detta för att få en bättre förståelse för vad som är utmärkande för den äldre kvinnans sexualliv och vad vi som barnmorskor kan göra för att öka det sexuella välbefinnandet och livskvalitén för kvinnan.

Referenslista

Bondil, P. (2008). Biological sexual ageing: Myths and realities. *Sexologies*. 17,(3), 152- 173.

Brattberg, A., & Hulter, B. (2002). Anamnesupptagning av sexuella problem. I P.O Lundberg (Red.), *Sexologi (pp.282)*. Stockholm: Liber AB.

Davison, S.L., Bell, R.J., LaChina, M., Holden, S.L., & Davis, S.R. (2009). The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *Journal of sexual medicine*. 6:2690–2697

Dundon, C.M., & Rellini, A.H. (2009). More than Sexual Function: Predictors of Sexual Satisfaction in a Sample of Women Age 40-70. *Journal of Sexual Medicin*. Nov 3. [Epub ahead of print]

Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Studentlitteratur: Lund.

Ekström, H. (2005). *Keeping my ways of being – Middle-aged women and menopause*. (Avhandling för doktorsexamen, Lunds universitet).

Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A., & Nissen, E. (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Fugl-Meyer, K. (1996). Nedsatt sexuell förmåga och sexuella problem I B, Lewin. "*SEXI SVERIGE – om sexuallivet i Sverige 1996*". (pp. 201-215). Folkhälsoinstitutet.

Gott, M. (2005). *Sexuality, sexual health and ageing*. Open university press, McGraw – Hill Education, England.

Gott, M., & Hinchliff, S. (2005). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science and Medicine*, 56 (8): 1617- 28.

Hammarberg, S. (2004). *Barnmorskorna om äldre kvinnors hälsa och sexualitet*.
Vårdförbundet rapport nr:2004:5UR

Heberlein, A. (2004). *Den sexuella människan - Etiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur

Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Huang, A.J., Subak, L.L., Thom, D.H., Van Den Eeden, S.K., Ragins, A.I., Kuppermann, M., Hui Shen, H., & Brown, J.S. (2009). Sexual Function and Aging in Racially and Ethnically Diverse Women. *Journal of American Geriatric Society*. 57, 1362–1368.

Jahren-Kristoffersen, N. (1998). *Allmän omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB

Jannini, E.A., Fisher, A., Bitzer, J., & McMahon, C.G. (2009). Is Sex Just Fun? How Sexual Activity Improves Health. *Journal of Sexual Medicine*. 6:2640–2648.

Johnson, A.M., Mercer, C.H., Erens, B., Copas, A.J., McManus, S., & Wellings, K. (2001). Sexual behavior in Britain: partnership, practices and HIV risk behaviors. *The Lancet*, 358 (9296): 1835 – 42.

Koch, P., Mansfield, P., Thureau, D., & Carey, M. (2005). “Feeling frumpy”: The relationships between body image and sexual response changes in midlife women. *Journal of Sex Research*. 42:215–23.

Lara, L., Useche, B., de Silva, J., Ferriani, R., Reis, R., de Sá, M., Carvalho, B., Carvalho, M., & Silva, A. (2009). Sexuality during the climacteric period. *Maturitas* .62: 127–33.

Leiblum, S.R., Hayes, R.D., Wanser, R.A., & Nelson, J.S. (2009). Vaginal dryness: A comparison of prevalence and interventions in 11 countries. *Journal of Sexual Medicine*, 6:2425-2433.

Lewin, B. (1996). "*SEX I SVERIGE – om sexuallivet i Sverige 1996*". Folkhälsoinstitutet.

Lindau, S.T., Schumm, P.L., Laumann, E.O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C.A., & Wait, L.J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The new England journal of medicine*. 357: 762-774

McKay, A. (2005). Sexuality and Substance use: The impact of tobacco, alcohol and selected recreational drugs on sexual function. *The Canadian journal of human sexuality*. 14 (1-2), 41-57.

Melin, R., Fugl-Meyer, K.S., & Fugl-Meyer, A.R. (2003). Life Satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: In relation to education, employment situation, health and physical activity. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 35: 84–90.

Meyerson, B. (2002). Neuroendokrin reglering av sexuellt beteende. I P.O Lundberg (Red.), *Sexologi (pp.37–38)*. Stockholm : Liber AB.

Nappi, R., & Lachowsky, M. (2009). Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*, 63, (2). 138-141.

Peplau, L.A., Frederick, D.A., Yee, C., Maisel, N., Lever, J., & Ghavami, N. (2009). Body image satisfaction in heterosexual, gay, and lesbian adults. *Archives of Sexual Behavior*. 38, (5):713-25.

Polit, D.F., & Beck, C.(2004). *Nursing research: Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Skoog, I. (2002). Sexualitet hos äldre. I P.O Lundberg (Red.), *Sexologi* (pp.109-110). Stockholm: Liber AB.

SOSFS 1995:5, Socialstyrelsens allmänna råd. Stockholm: Socialstyrelsen

Statistiska centralbyrån, *Vikt och längd 1985-2010*. (Elektronisk) Tillgänglig: http://www.scb.se/Pages/GsaSearch_287280.aspx?QueryTerm=bmi&PageIndex=1&hl=sv (2010-05-23)

Sullivan, M., Karlsson, J., Bengtsson, C., Furunes, B., Lapidus, L., & Lissner, L. (1993) The Göteborg quality of life instrument- a psychometric evaluation of assessments of symptoms and well-being among women in a general population. *Scandinavian journal of primary health care*. 11, (4). 267-275.

Wahlgren, L. (2008). *SPSS – Steg för steg*. Lund: Studentlitteratur

Wellings,K., Field, J., Johnson, A.M., & Wadsworth, J. (1994). *Sexual behavior in Britain: The National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles*. London: Penguin.

WHO, World Health Organization. (2002). *Definitions on sexuality*. International WHO Technical Consultation on Sexual Health (28-31 January).

Bilaga 1

De flesta frågorna besvaras med kryss i lämplig ruta. Några frågor besvaras kortfattat på angivna rader. När Du är klar lägg enkäten i bifogat svarskuvert och posta.

Observera det är text på både fram och baksida.

Tack för Ditt deltagande.

Del 1: Allmänna frågor

1. Vilken åldersgrupp tillhör Du? 45 år 50 år 55 år 60 år

2. Vilken skolutbildning har Du? (Ange högsta)

Grundskola / folkskola ₁

Realskola / folkhögskola / yrkesskola ₂

Gymnasium ₃

Universitet / högskola mindre än tre år ₄

Universitet / högskola tre år eller mer ₅

3. Arbete / sysselsättning?

Yrkesarbete (även om Du är sjukskriven) Heltid ₁ Deltid ₂

Vilket arbete har du? _____

Studerar (heltid eller deltid) ₃

Hemarbetande ₄

Arbetslös ₅

Pensionär (sjukpensionär eller ålderspensionär) ₆

4. Vilket är Ditt civilstånd?

Gift eller sambo ₁

Ogift ₂

Frånskild ₃

Änka ₄

5. Hur många barn har du? _____

6. Hur är Dina rökvanor?

Röker (eller slutat senaste 12 månaderna) ₂

Har rökt tidigare men slutat för mer än ett år sedan ₁

Har aldrig rökt ₀

7. Hur lång är Du? _____ Vad väger Du? _____ Används för uträkning
av BMI (body mass index)

Du (50,55 eller 60 år) som bor inom Vislanda vårdcentrals upptagningsområde, har
Du besvarat enkäten om kvinnors hälsa för 5 år sedan, 1999? Ja ₁ Nej ₀

Inte alls

Mycket

22. Känner Du Dig betydelsefull

och uppskattad i hemmet

1 2 3 4 5 6 7

Inte alls

Mycket

23. Hur bedömer Du Ditt

sexualliv just nu

1 2 3 4 5 6 7

Mycket

Alldeles utmärkt

dåligt

kunde inte vara bättre

24. Hur nöjd är Du med Din

egen kropp

1 2 3 4 5 6 7

Missnöjd

Mycket nöjd

25. Hur bedömer Du Dina möjligheter

att styra och påverka Ditt

Mycket dåliga

Mycket goda

eget liv, vardag och hälsa

26. Vad innebär övergångsåldern (klimakteriet, menopausen)

för Dig? Beskriv vad Du tänker om övergångsåldern, förväntar Dig eller

har upplevt.

27. Hur tror Du att kvinnor i allmänhet upplever övergångsåldern (klimakteriet)?

En period med
bekymmer

1 2 3 4 5 6 7

En period med ökad mognad
och självförtroende

En period med
mycket kroppsliga besvär

1 2 3 4 5 6 7

En period med
endast få kroppsliga besvär

28. Hur bedömer Du att din egen övergångsålder varit eller är eller hur tror Du att Du kommer att uppleva den?

En period med
bekymmer

1 2 3 4 5 6 7

En period med ökad mognad
och självförtroende

En period med
mycket kroppsliga besvär

1 2 3 4 5 6 7

En period med
endast få kroppsliga besvär

Del 3: Sjukdomar, ohälsa och besvär

Har Du eller har Du haft

1. Hjärt-kärlsjukdom ex infarkt, hjärnblödning/slaganfall, högt blodtryck

(ej vid enstaka mätning)? Ja ₁ Nej

Vilken/vilka? _____

2. Diabetes? Ja ₁ Nej

3. Benbrott efter 40 års ålder? Ja ₁ Nej

Vilket/vilka skelettdelar har Du brutit? _____

4. Blodpropp i benen eller i lungorna? Ja ₁ Nej

5. Har Du svårighet att hålla urinen vid ansträngning

ex hopp, lyft, trappgång? Ja ₁ Nej

Har Du kraftiga urinträngningar som gör det svårt

att hinna till en toalett?

Ja _1 Nej

6. Har Du haft vallningar och svettningar?

Ja _1 Nej

Har Du haft vallningar/svettningar senaste veckan?
Nej

Ja _1

7. Har Du eller har Du haft någon livshotande sjukdom
eller skada?

Ja _1 Nej

Vilken/vilka? _____

8. Har Du någon sjukdom eller handikapp som ständigt eller för en viss tid
gör

(eller kan göra) Dig oförmögen att leva normalt? _1 Nej

Vilken/vilka? _____

9. Har Du värk eller annat besvär som dagligen

gör sig påmint?

Ja _1 Nej

Vilket/vilka? _____

Har Du under de senaste tre månaderna besvärats av något eller några av nedanstående tillstånd.

Är du tveksam försök ändå besvara frågan med Ja eller Nej

10. Yrsel

Ja _1 Nej

11. Ögonbesvär

Ja _1 Nej

12. Hörselnedsättning

Ja _1 Nej

13. Huvudvärk

Ja _1 Nej

14. Känt Dig allmänt trött

Ja _1 Nej

15. Sömnbesvär

Ja _1 Nej

- | | | |
|--|-------------------------------|-----|
| 16. Nervösa besvär
<input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej |
| 17. Svettningar
<input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej |
| 18. Andfåddhet
<input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej |
| 19. Ont i bröstet
<input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej |
| 20. Hosta
<input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej |
| 21. Känt Dig lättirriterad
<input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej |
| 22. Känt Dig överansträngd
<input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej |
| 23. Haft svårt att koncentrera Dig
<input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej |
| 24. Känt Dig rastlös
<input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej |

25. Haft perioder då Du känt dig nere och dyster
 Ja ₁ Nej
26. Haft lätt att gråta
 Ja ₁ Nej
27. Haft svårt att slappna av
 Ja ₁ Nej
28. Ont i magen
 Ja ₁ Nej
29. Illamående
 Ja ₁ Nej
30. Diarré
 Ja ₁ Nej
31. Förstoppning
 Ja ₁ Nej
32. Dålig aptit
 Ja ₁ Nej
33. Avmagring
 Ja ₁ Nej

34. Övervikt Ja ₁ Nej
35. Frusenhet Ja ₁ Nej
36. Ledbesvär Ja ₁ Nej
37. Ont i ryggen Ja ₁ Nej
38. Ont i benen Ja ₁ Nej
39. Besvär med att kasta vatten Ja ₁ Nej
40. Hur många besök har Du gjort hos följande vårdgivare senaste året?
- Läkare inga ₀ 1-5 ₁ fler än 5 ₂
- Sjuksköterska inga ₀ 1-5 ₁ fler än 5 ₂
- Barnmorska (preventivmedel, cellprov mm) inga ₀ 1-5 ₁ fler än 5 ₂
- Sjukgymnast inga ₀ 1-5 ₁ fler än 5 ₂
- Annan ex homeopat, massör inga ₀ 1-5 ₁ fler än 5 ₂
 Ange vilken/vilka _____

41. Vilka mediciner använder Du just nu? Ange även tillfällig medicinering, hälsokostpreparat, homeopatiska preparat m.fl.

Namn	För regelbundet bruk	Vid behov
_____	Ja <input type="checkbox"/> ₁	Ja <input type="checkbox"/> ₁
_____	Ja <input type="checkbox"/> ₁	Ja <input type="checkbox"/> ₁
_____	Ja <input type="checkbox"/> ₁	Ja <input type="checkbox"/> ₁
_____	Ja <input type="checkbox"/> ₁	Ja <input type="checkbox"/> ₁
_____	Ja <input type="checkbox"/> ₁	Ja <input type="checkbox"/> ₁
_____	Ja <input type="checkbox"/> ₁	Ja <input type="checkbox"/> ₁
_____	Ja <input type="checkbox"/> ₁	Ja <input type="checkbox"/> ₁
_____	Ja <input type="checkbox"/> ₁	Ja <input type="checkbox"/> ₁
_____	Ja <input type="checkbox"/> ₁	Ja <input type="checkbox"/> ₁

Del 4: Menstruation och kvinnliga könshormoner

1. När hade Du din senaste/sista menstruation? Kryssa i rutan för rätt alternativ

Mer än 12 månader eller längre tid sedan?

₀ } *Gå vidare till*

7-12 månader sedan?

₁ } *fråga 2.*

3-6 månader sedan?

₂

Mindre än 3 månader sedan?

₃ → *Gå vidare till*

fråga 3.

2. Om Du INTE haft menstruation, senaste 7 månaderna eller längre tid sedan,

beror det på att: *(flera alternativ möjliga)*

Menstruationen upphörde av sig själv ₁

Vid vilken ålder? _____

Du använder Levonova spiral ₁

Du använder P-spruta, P-stavar, minipiller ₁

Din livmoder är bortopererad ₁

Vid vilken ålder? _____

Dina båda äggstockar är bortopererade ₁

Vid vilken ålder? _____

Du har hormonbehandling som EJ ger blödning ₁

Annan orsak. Vilken? _____

3. Om Du haft menstruation senaste 3 månaderna är det:

Naturliga menstruationsblödningar? ₁

Blödning på grund av hormonbehandling? ₁

4. Är du opererad i underlivsorganen? (muskelknutor/myom, cystor,

framfall, inkontinens mm) Ja ₁ Nej

Vilken/vilka operationer? _____

5. Har Du använt hormonbehandling (östrogen, gestagen) någon gång?

Markera med X vilket/vilka Du provat. Ange även hur lång användningstid i månader eller år. Ex Climara __5__ mån/år

Ej använt något _0

Climara __ __ mån/år Divigel __ __ mån/år Estraderm __ __ mån/år

Evorel __ __ mån/år Femanest __ __ mån/år FemSeven __ __ mån/år

Menorest __ __ mån/år Oesclim __ __ mån/år Progynon __ __ mån/år

Premarina __ __ mån/år Livial __ __ mån/år Activelle __ __ mån/år

Estalis __ __ mån/år Femanor __ __ mån/år Kliogest __ __ mån/år

Indivina __ __ mån/år Premelle __ __ mån/år Premelle Sekvens __ __ mån/år

Estracomb __ __ mån/år Trisekvens __ __ mån/år Estalis sekvens __ __ mån/år

Divina __ __ mån/år Divina plus __ __ mån/år Femasekvens __ __ mån/år

Trivina __ __ mån/år Totelle sekv __ __ mån/år Evorel Micronor __ __ mån/år

Cyklabil __ __ mån/år Cykrina __ __ mån/år Gestapuran __ __ mån/år

Provera __ __ mån/år Primolut-Nor __ __ mån/år Orgametril __ __ mån/år

Annat __ __ mån/år Vilket _____

6. Har Du använt hormonbehandling **senaste månaden**? Ja _1 Nej

Vilket preparat? _____

7. Använder Du så kallat "lågdos-östroger" för sveda och torrhet i underlivet?

Ex. Vagifem, Ovesterin, Oestring, Oestriol. Ja _1 Nej

8. Har Du tidigare använt

P-piller?

Ja _1 Nej

Minipiller, p-spruta, p-stavar eller hormonspiral? Ja _1 Nej

9. Använder Du/Ni något preventivmedel/metod nu? Ja _1 Nej

Vilket medel/metod? _____

10. Hur ställer Du dig till hormonbehandling?

1 2 3 4 5 6 7

absolut negativ

mycket positiv

11. Beskriv kortfattad hur Du tänker om att använda eller inte använda hormonbehandling.

12. Hur bedömer Du att Ditt liv är eller var veckan före mens? (*Hur det är för Dig som har menstruationen kvar respektive hur var det för dig tidigare innan Din menstruation upphörde*)

Mycket dåligt 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Utmärkt

Sämsta tänkbara

Bästa möjliga

Tack för visat intresse samt för nerlagt arbete och tid med ifyllande av enkäten.