



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SJUKSKÖTERS KUNSKAP OCH STÖD TILL KVINNOR I KLIMAKTERIET

- en litteraturstudie

Anneli Pihlgren och Sofia Thedin

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM 5250/Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå (kandidatexamen)
Termin/år:	Ht/2019
Handledare:	Anna Wessberg
Examinator:	Patricia Olaya-Contreras Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Abstract

Background: The life-stage menopause is a period of major hormonal changes that every woman who reaches a certain age will go through. The theoretical framework of the essay is based on Meleis's Transition Theory, which describes the importance of knowledge and initiated support to undergo a successful transition. The transition takes place gradually and can last for many years. Menopause is a process that affects all levels of a woman's life, both physically, psychologically and socially. Many women experience great difficulties during this process and seek treatment for help. Our view after having undergone Swedish nurse training is that the knowledge in healthcare is not so great. **Method:** Systematic literature review with 10 scientific articles. **Aim:** The aim is to describe the nurse's competencies regarding menopause and her support for menopausal women. **Results:** There is a great deal of ignorance regarding menopause, symptoms, treatment and impact on the life situation, both regarding the support from the health care and among the women themselves. **Conclusion:** Our conclusion is that more education and knowledge are needed, both in nursing education, in clinical work as well as in current research.

Keywords: *Menopause Climacteric Symptoms Attending Knowledge Attitudes Support*

Titel (svensk)	Sjuksköterskans kompetens i relation till kvinnor i klimakteriet - en litteraturstudie Nurse's competence in relation to women in menopause
Titel (engelsk)	- a literature study
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM 5250/Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå (kandidatexamen)
Termin/år:	Ht/2019
Författare	Sofia Thedin och Anneli Pihlgren
Handledare:	Anna Wessberg
Examinator:	Patricia Olaya-Contreras

Sammanfattning:

Bakgrund: Livsfasen klimakteriet är en period av stora hormonomställningar vilken varje kvinna som uppnår en viss ålder kommer att gå igenom. Det teoretiska ramverket i uppsatsen utgår från Meleis transitionsteori vilken beskriver vikten av kunskap och initierat stöd för att genomgå en lyckad transition. Övergången sker gradvis och kan pågå under många år. Klimakteriet är en process som påverkar alla nivåer av kvinnans liv, både kroppsligt, psykologiskt och socialt. Många kvinnor upplever stora besvär under denna tid och söker sig till vården för att få hjälp. Vår uppfattning efter att ha genomgått svensk sjuksköterskeutbildning är att kunskapen om klimakteriet inom vården inte är så stor. **Metod:** Systematisk litteraturöversikt med 10 vetenskapliga artiklar. **Syfte:** Syftet är att beskriva sjuksköterskans kompetenser kring klimakteriet samt hennes stöd till kvinnor i klimakteriet. **Resultat:** Det finns en stor okunskap gällande menopaus, symtom, behandling och påverkan på livssituationen, både gällande stödet från vården och bland kvinnorna själva. **Slutsats:** Det behövs mer utbildning och ökad kunskap inom området, både på sjuksköterskeutbildningen, i kliniskt arbete samt inom aktuell forskning.

Nyckelord: *Klimakteriet Menopaus Symtom Bemötande Kunskap Attityder Stöd*

Innehållsförteckning

1. Inledning	7
2. Bakgrund	7
2.1 Klimakteriet som social och kulturell konstruktion ur ett historiskt perspektiv	7
2.2 Viktiga begrepp	8
2.3 Klimakteriet som livsfas	8
2.4.1 Menscykeln	9
2.4.2. Symptom under klimakteriet	9
2.4.2.1 Fysiska symtom	9
2.4.2.2 Psykiska symtom och kognitionsproblem	10
2.7.1.1 Grundläggande egenskaper i transitionsprocessen	13
2.7.1.2. Faktorer som kan påverka transitionen	13
2.7.1.3 Transitionens resultat/utfall	14
2.7.1.4 Transitionens resultat	14
3. Problemformulering	14
4. Syfte	15
5. Metod	15
5.1 Design	15
5.1.1 Litteratursökning och avgränsningar	15
5.1.2 Granskning av artiklar	16
5.1.3 Analys av artiklar	16
5.1.3 Forskningsetiska överväganden	16
6. Resultat	17
6.1 Sjuksköterskans roll	17
6.2 Bristande kunskap hos sjuksköterskan	17
6.3 Kompetensen sjuksköterskan behöver ha vid vård av kvinnor i klimakteriet	18
6.3.1 Kunskap om hälsofrämjande åtgärder	18
6.3.2 Kunskap i transitionsteori	18

6.3.3 Medvetenhet om kontextens betydelse	19
6.3.4 Ett holistiskt synsätt	19
6.3.5 Ett adekvat bemötande	20
6.4 Vårdens organisation	20
6.4.1 Vikten av ett särskilt upplägg av vården för kvinnor i klimakteriet	20
6.4.2 Samhällets vinster med god vård i klimakteriet	21
7. Diskussion	21
7.1 Metoddiskussion	21
7.2 Resultatdiskussion	22
8. Kliniska implikationer	26
9. Fortsatt forskning	26
10. Slutsats	27
Bilaga 1	32
Bilaga 2	33
Bilaga 3 Kvalitetsgranskning av artiklar enligt SBU-mallen	34

1. Inledning

Klimakteriet är en omställningsperiod i livet vilken varje kvinna som uppnår en viss ålder går igenom. Symptomen på de hormonella förändringarna kan vara olika och mångfacetterade. Vissa symptom är tydliga medan andra är mer diffusa. Många gånger är det svårt att avgöra vad kvinnans mående beror på samt huruvida symptomen är relaterade till klimakteriet eller ej.

I den här litteraturstudien vill vi undersöka hur sjuksköterskans stöd till kvinnor med dessa besvär ser ut samt om och på vilket sätt utökad kunskap hos sjuksköterskan kan förbättra omhändertagandet av och stärka kvinnorna under processen i denna livsfas.

2. Bakgrund

2.1 Klimakteriet som social och kulturell konstruktion ur ett historiskt perspektiv

Menopaus är ett gammalt grekiskt ord för "stanna", och syftar till att menstruationerna upphör (Mårdh, 2013). Ordet klimakteriet (climacteric) är även det grekiska och betyder kritisk punkt i en människas liv. I sjuttonhundratalets Frankrike talade man om l'enfer de femmes; - kvinnans helvete. Under den viktorianska tiden undertryckte man sexualiteten och allt som tillhörde könet. Menopausen indikerade åldrande och värdelöshet och var inget man skulle beklaga sig över eller tala om (LeBoeuf & Carter, 1996).

I det sena 1800-talets medicinska litteratur, däremot, förekommer många beskrivningar av klimakteriet som en kritisk tid präglad av upplösning och förfall. Underlivssjukdomar, yrsel, vallningar, migrän, depression och nervösa besvär hotade kvinnan. Dödligheten var högre än i andra åldersgrupper och den åldrade kvinnan sågs som en missaktad motpol till ungdom och reproduktivitet. Man trodde att klimakteriesymptomen berodde på en under livet hopad sjuklighet vilken nu fick sitt utbrott genom den åldrade kroppens minskade motståndskraft. Då kvinnan inte längre var fruktbar ansågs den kvinnliga sexualiteten som ett onödigt fenomen. "Men likväl finnes ett begär efter upptagande af säd, hvilket synes vara ändamålslost" (Johannisson, 1994, sid 123). Den fräcka, patetiskt kärlekskranka klimakteriekvinnan vars karaktär förändrats fullständigt, betraktades med förakt. Menopausen medikaliserades och kvinnor i medelåldern utgjorde en stor patientgrupp. Kvinnor mellan 30-40 år var även överrepresenterade på sinnessjukhusen. Man ansåg att kvinnligheten försvann och med den det grundläggande kvinnovärdet. Genom inträdet i klimakteriet vissnade kroppen och förtorkade, på väg åt endast ett håll; döden (Johannisson, 1994).

Under tidigare århundraden var många kvinnor ständigt gravida eller ammande. Kroppen slets ut av otaliga graviditeter, ständiga barnsängar och kritiska förlossningar. Många dog före 40 års ålder och de som överlevde välkomnade slutet på fertiliteten som en befrielse. Samtidigt signalerade menopaus att livet gick mot sitt slut, så känslorna var klivna. I takt med att kvinnan emanciperades och födde färre barn ökade livslängden. Allt fler kvinnor levde nu närmare hälften av sitt liv efter menopaus. Om klimakteriet enbart definieras som en brist på östrogen skulle den äldre kvinnan ses som en anomali, en onaturlig livsform. Faktum är dock att även för tusen år sedan finns det bevis för att kvinnor levde ända upp i åttioårsåldern (Rousseau, 1998). Klimakteriet var länge och är fortfarande till viss grad tabu. Detta faktum gör att många kvinnor inte fått eller får den hjälp och det stöd de behöver.

2.2 Viktiga begrepp

Klimakteriet - ett biologiskt stadie av livet där transitionen mellan kvinnans fertila och ickefertila period äger rum. Klimakteriet kan delas in i premenopaus, perimenopaus och postmenopaus.

Premenopaus - tiden från ungefär 40 års ålder då kvinnans fertilitet minskar (De Lucena Andrade et al., 2013).

Perimenopaus - en period som i genomsnitt börjar två till fyra år före menopaus. Kännetecknas bl a av oregelbundna blödningar och minskad fertilitet. Varar fram till 12 månader efter menopaus.

Menopaus - när ett år gått efter den sista menstruationen har kvinnan uppnått menopaus.

Postmenopaus - perioden efter menopaus, dvs resten av kvinnans liv (Spetz Holm och Hammar, 2014).

2.3 Klimakteriet som livsfas

Klimakteriet är den period i en medelålders kvinnans liv när hon passerar från den reproduktiva till den icke reproduktiva fasen av livet (Rousseau, 1998). WHO definierar klimakteriet som ett naturligt biologiskt skeende i livet, och inte som en patologisk process (Schmalfuss et al, 2014). Klimakteriet sker gradvis och kan pågå under allt mellan några månader upp till 10 - 15 års tid. Menopaus, den sista menstruationen, inträffar mellan 45 - 58 års ålder. Medelåldern i Sverige för menopaus är 51,5 år (Jansson & Landgren, 2015). Klimakteriet är en process som inte bara rör det kroppsliga utan även involverar många andra aspekter av kvinnans liv, såsom exempelvis hennes roll i familjen och på arbetet (Rousseau, 1998). Under perioden sker en rad förändringar både till kropp och sinne. Hur kvinnor upplever klimakteriet är individuellt och beror på den enskildes livssituation och förväntningar såväl som på sociokulturella faktorer. Perioden innebär ofta en existentiell utmaning inom såväl familjen som i yrkeslivet och i andligt hänseende. Frågor som rör åldrande, förlust och rädslor aktualiseras. Den kvinnliga sexualiteten stigmatiseras ofta under menopaus och betraktas som onödigt eller tystas ned (Schmalfuss et al, 2014).

2.4 Vad händer biologiskt i kroppen

Kvinnans könshormoner bildas i äggstockarna. Härifrån utvecklas även aktiva folliklar på givna signaler från hypofysen och en menscykel startar. Detta sker från puberteten och fram till runt 50 års ålder, då folliklarna inte längre har förmågan att bilda tillräckligt med östrogen för att hålla igång en menscykel. Ingen slemhinna bildas längre i livmodern då folliklarna slutar producera östrogen, menstruationerna upphör därmed och man säger att kvinnan har nått menopaus. Genomsnittsåldern för menopaus är 51 - 52 år. Den hormonella omställningen startar dock 5 - 10 år före menopaus och kännetecknas av att nivåerna av östrogen och progesteron gradvis sjunker (Spetz Holm och Hammar, 2014).

2.4.1 Menscykeln

Menscykeln (bilaga 1) sträcker sig från mensblödningens första dag fram till början av en ny mensblödning (Spetz Holm & Hammar, 2014). När menstruationen tar slut bildas follikelstimulerande hormon (FSH) i hypofysen som stimulerar till att folliklarna växer till sig i ovariet, äggstockarna. Folliklarna i sin tur producerar östrogen som stimulerar endometriet i livmodern. Östrogenhalten i blodet blir högre och påverkar hypotalamus att frisätta Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH) vilket stimulerar hypofysen att utsöndra luteiniserande hormon

(LH). LH påverkar follikeln så att den brister och ägglossning sker, ovulation. När ägglossning skett utvecklas follikeln till en gulkropp, Corpus luteum, som i sin tur producerar östrogen och progesteron. Detta påverkar endometriet i livmodern till att gå in i en sekretionsfas som blir en utmärkt plats för det befruktade ägget att ta plats på. Corpus luteum har en livslängd på 13 dagar om ingen graviditet inträffar. Utsöndringen av östrogen och progesteron minskar och spiralartärerna i livmodernsmuskeln stryps. Endometriet får inte något syre och stöts ifrån, menstruationen börjar (Borgfeldt, 2010).

Klimakteriet innebär att äggstockarna minskar produktionen av östrogen och progesteron. Menscykeln blir därmed mindre förutsägbar och till slut upphör menssen (Shier, Butler, & Lewis, 2016). Bröst, vagina, livmoder och äggledare kan krympa. Benmassan minskar och huden kan bli tunn då FSH och LH inte längre blir stimulerade av östrogenet. FSH och LH fortsätter dock att frisättas en tid efter det att östrogenet minskat. 85 % uppnår menopaus vid 52 års ålder och 50 % av alla kvinnor har redan påbörjat klimakteriet vid 50 års ålder.

2.4.2.Symptom under klimakteriet

Vissa symptom vet man att de beror på sjunkande östrogennivåer. Till dessa symptom hör svettningar och värmevallningar, sömnstörningar på grund av nattliga svettningar samt torra och sköra slemhinnor. Under klimakteriet kan även en rad andra symptom uppstå som man ännu inte vetenskapligt har kunnat koppla till hormonella förändringar. Dessa är bl a urininkontinens, psykiska symptom och kognitiva störningar, sexuella problem, sänkt livskvalité, led och muskelsmärta (Spetz Holm och Hammar, 2014). Klimakteriebesvären kan börja en tid före menopaus, men de kan lika gärna dröja till ett antal år efter menopaus (Mårdh, 2013).

2.4.2.1 Fysiska symptom

Blödningsrubbnings är vanligt förekommande i perimenopausen, åren före menopaus. Ofta kommer blödningarna till en början tätare än förut. Blödningsmönstret kan också vara oregelbundet, förlängas, samt ge upphov till mycket rikliga blödningar. En del kvinnor har dock normala regelbundna blödningar ända fram till menopaus (Jansson & Landgren, 2015). Om kvinnan har låg bentäthet vid menopaus finns det risk att utveckla *osteoporos*. Benbildningen minskar eller nedbrytningen av benmassa ökar vilket leder till minskad benvävnad. Detta kan i sin tur leda till frakturer. *Vasomotoriska symptom*, värmevallningar uppstår ofta beroende på obalans i det vasomotoriska nervsystemets temperaturreglering (Landgren & Hellström, 2009). De exakta mekanismerna bakom detta är dock oklara (Spetz-Holm och Hammar, 2014). Oftast uppträder vasomotoriska symptom som mest alldeles innan menopaus. En del upplever *migrän, huvudvärk, ryggvärk och trötthet (fatigue)*. Det här kan bero på att utsöndringen av GnRH från hypotalamus påverkas av den minskade koncentrationen av hormonerna östrogen, FSH och LH i blodet. *Sköra slemhinnor vaginalt* (urogenital atrofi) innebär att slemhinnorna i slidan samt i de nedre urinvägarna förtunnas och uttorkas. PH-värdet i slidan blir basiskt och inte surt vilket gör att det lättare uppstår infektioner. Klåda, sveda och smärtor vid samlag räknas in i symtombilden. Muskulvävnaden förlorar sin elasticitet på grund av stigande ålder. Detta kan leda till *urinvägsinkontinens* samt minskad spänst i bäckenbotten (Landgren & Hellström, 2009). Sköra slemhinnor som orsakar samlagssmärta kan leda till *sexuell dysfunktion*. Stress, försämrad självkänsla och hormonella obalanser kan också bidra till nedsatt sexuell lust i klimakteriet. *Sömnstörningar* förekommer när östrogenet sjunker. I sen perimenopaus drabbar detta så många som 45% av alla kvinnor. Sömnproblem har en tydlig koppling till nattliga svettningar, men även de kvinnor som inte besväras av vasomotoriska symptom får en klar förbättring av hormonell terapi. Risken för *hjärtinfarkt och stroke* ökar efter menopaus. Orsaken är att östrogenet har en positiv effekt på metabola och kardiovaskulära riskfaktorer (Spetz Holm, Jonasson, & Hammar,

2014). Kroppens förbränning saktar ned och en påtaglig *viktuppgång* är vanligt. Denna process startar redan ett par år före menopaus (Mårdh, 2013). Det finns en koppling mellan låga östrogennivåer och *led- och muskelvärk*. Man har sett att kvinnor som behandlas med antiöstrogen som ett led i cancerbehandling ofta får led- och muskelvärk som biverkan (Spetz Holm, Jonasson, & Hammar, 2014).

2.4.2.2 Psykiska symtom och kognitionsproblem

Depression och *ångest* är vanligare hos kvinnor än hos män och sägs bero på hormonella svängningar. Hälften av alla kvinnor drabbas av depression någon gång i livet, och förekomsten av detta är allra vanligast under perioden efter menopaus. Ibland har dessa depressioner yttre (exogena) orsaker som kan kopplas till förändringarna under klimakteriet. Kroppsliga förändringar, frigörelse från stelnade livsmönster och uppkomna livskriser kan vara orsaken. Behandling med antidepressiva mediciner (SSRI-preparat) har dock visat sig ha liten eller ingen effekt vid lindriga och medelsvåra depressioner under klimakteriet (Mårdh, 2013). Många kvinnor upplever *humörpåverkan, försämrat minne och nedsatt kognition* i samband med klimakteriet, särskilt året efter menopaus. Forskningen är motstridig huruvida detta beror på sjunkande östrogennivåer eller är ett resultat av normalt åldrande. *Nedsatt livskvalité* är ett brett begrepp som det är svårt att definiera och säkra data till. Man vet dock att kvinnor med vasomotoriska symtom upplever en förbättrad livskvalité om de får behandling (Spetz Holm, Jonasson, & Hammar, 2014).

2.5 Vad kvinnor vet om klimakteriet

Berterö (2003) har genomfört en studie om vilken kunskap svenska kvinnor har om klimakteriet. Hälsorisker, riskfaktorer och egenvårdsåtgärder var i fokus. Kvinnorna kände i allmänhet till de vanligaste symptomen och förändringarna som klimakteriet innebär. Däremot hade de flesta inte kännedom om vilka personliga livsstilsförändringar och förebyggande åtgärder som kunde förhindra symptom och lindra samt förebygga nuvarande och framtida problem (Berterö, 2003). Detta resultat stämmer väl med vad som framkom i en studie av kvinnor från Idaho av Clinkingbeard et al. (1999). Dessa kvinnor hade basala kunskaper om de vanligaste symptomen i menopaus. Kunskaperna om vilka långtgående konsekvenser menopaus har på hälsan: ökad risk för osteoporos, kardiovaskulära sjukdomar och demens, var däremot sämre (Clinkingbeard et al. 1999). I vissa frågor fanns även en helt felaktig uppfattning. Bland annat kände de inte till riskökningen för de kardiovaskulära sjukdomarna. En annan vanlig uppfattning var att risken för bröstcancer ökade med menopaus, när den egentligen minskar (Clinkingbeard et al. 1999).

Symptom som man kände till och oroade sig för i den svenska studien var främst värmevallningar, torra slemhinnor, svängande temperament, viktökning, trötthet, rynkor och minskad eller försvunnen sexualdrift. Väldigt få kände till eller nämnde osteoporos (benskörhet), huvudvärk, sömnstörningar och allmän olustkänsla. Hjärt- och kärlsjukdomar nämndes inte alls. Konkreta åtgärder för att minska eller förebygga problemen fanns det inte heller så stor kunskap om. Att leva hälsosamt rent allmänt genom att äta nyttig mat och motionera nämndes av de flesta, men inte många visste exempelvis vilken sorts träning man borde ägna sig åt för att förebygga osteoporos. Nyttan för skelettet av intag av kalcium, D-vitamin och dagligt solljus var inte heller allmänt känt. Att undvika bruk av alkohol och rökning i större mängd var de flesta medvetna om, men inte på vilket sätt detta kunde kopplas specifikt till klimakteriet eller till problem som osteoporos. Majoriteten av kvinnorna nämnde behandling med östrogen som ett sätt att minska

besvären. Kvinnorna uttryckte samtidigt en oro över en ökad risk för att få bröstcancer vid hormonbehandling. Det fanns också positiva upplevelser hos kvinnorna om en nyvunnen frihet. Man behövde inte längre oroa sig för oönskade graviditeter eller drabbas av hormonstörningar som pms. De förväntade sig även ett harmoniskt och behagligt liv präglad av självständighet, personlig mognad, ett lugnare tempo och mer egentid. Berterö (2003) framhåller vikten av sjuksköterskans arbete med att öka kunskapen hos kvinnor om övergångsåldern. De cellprovstagningar som alla kvinnor kallas till mellan 25 - 59 års ålder ser han som ett ypperligt tillfälle. Hälsobefrämjande diskussioner ger kvinnan möjlighet att ta sina egna resurser i bruk och genom aktiv egenvård öka sitt välbefinnande (Berterö, 2003).

I Clinkingbeard's (1999) amerikanska studie var kvinnornas absolut största informationskälla om menopaus damtidningar (media), följt av vårdgivare, vänner, tv och mödrar. Nästan hälften av kvinnorna som sökt vård för sina klimakteriebesvär ansåg att de inte fått svar på sina frågor. Man ville veta mer om hormonersättningsterapi (HRT), besvärliga symtom, alternativa behandlingar och generella frågor om menopaus (Clinkingbeard et al. 1999). En del upplevde problem i kontakten med läkaren, tiden var för kort för att få och ta till sig relevant information och man kände därmed oro inför läkarens förslag. Andra nämnde att de kände sig förminskade och oförstådda i mötet med läkaren. Detta gällde i större grad inför manliga läkare. Clinkingbeard (1999) föreslår tre enkla åtgärder för att förbättra nuvarande situation - information om alternativ till HRT, ökad information som broschyrer, filmer och utbildare samt ett mer empatiskt bemötande från vårdens sida (Clinkingbeard et al. 1999).

2.6 Sjuksköterskans ansvarsområde

I den svenska grundutbildningen till sjuksköterska ingår mycket litet om kvinnans omställning i klimakteriet enligt vår uppfattning efter snart genomgången sjuksköterskeutbildning (Göteborgs universitet, 2018). Vidareutbildar man sig till barnmorska får man något mer kunskap kring detta, men ändå inte särskilt mycket. I barnmorskeföreningens kompetensbeskrivning (2018) står det att barnmorskan ska ha kunskap om processerna i samband med klimakteriet. Barnmorskan ska även kunna informera kring de hormonella förändringarna och sexuell hälsa. Vill man utbilda sig inom ämnet klimakteriet finns det påbyggnadskurser inom området, men dessa ingår inte i grundutbildningen varken till sjuksköterska eller barnmorska (Högskolan i Kristianstad, 2019). McFall och Abernethy (2009) menar att sjuksköterskor som jobbar med menopaus arbetar inom ett brett spektrum inom sjukvården och det är viktigt med tydliga ramar för att sjuksköterskan ska kunna göra ett bra arbete. Därför har de utvecklat ett ramverk som ska kunna guida sjuksköterskorna i deras kliniska arbete. Ramverket ska vara ett levande dokument som utvecklas under tiden som det används (McFall och Abernethy (2009). Jakobsson Ung och Lutzén (2015) beskriver omvårdnad som en vetenskaplig disciplin där människors erfarenheter av hälsa och sjukdom under hela livscykeln står i centrum. Målet med hälso- och sjukvårdslagen är en god hälsa samt att bedriva en vård på lika villkor för hela befolkningen, HSL kap 3:1 (SFS 2017:30). Sjuksköterskeföreningens kompetensbeskrivning (2017) för sjuksköterskor beskriver olika områden som sjuksköterskan ska bemästra. De rubriker som tas upp är; omvårdnadsprocessen, personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård, informatik, ledarskap och pedagogik. Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor är mindre specificerad jämfört med beskrivningen för barnmorskor. Verksamhetschefen har ansvar att se till att personalen har rätt kompetens.

2.7 Teoretisk referensram

Klimakteriet kan ses som en transition - en utvecklingsfas vilken innebär en övergång från ett tillstånd till ett annat. Vissa transitioner påverkar livet starkt och gör oss extra sårbara då hela vår identitet, självbild och trygghet kan ifrågasättas. Att drabbas av en svår sjukdom är en sådan situation, men även utvecklingsfaser som adolescensen, det nya föräldraskapet och klimakteriet är exempel på genomgripande transitioner. Den första transitionen i livet är födelsen och den slutliga är döden. Transitioner är ofta komplexa till sin natur och utsträckta i tid. Sjuksköterskans roll blir att söka främja integrationen av alla förändringar i patientens identitet. Hen ska vara som en stödjande hand att hålla i genom den snåriga terrängen. För att genomföra detta på bästa sätt krävs en stor lyhördhet hos sjuksköterskan parat med medvetenhet och förståelse för patientens upplevelser och tolkningar av den aktuella situationen. (Ternestedt & Norberg, 2014)

2.7.1 Meleis transitionsteori

Den teoretiska referensram som kommer att användas och beskrivas i detta arbete är Meleis transitionsteori (Meleis, 2000). Nedan följer en övergripande beskrivning av vad denna transitionsteori innebär samt hur denna kan appliceras på sjuksköterskans yrkesutövande.

Enligt Meleis et al. (2000) är personer som genomlever en transition mer sårbara för risker vilket i sin tur kan innebära en negativ påverkan på hälsan. Ökad förståelse för transitionsprocessen kan möjliggöra upptäckt och undvikandet av dessa risker. Transition är därför ett centralt begrepp i sjuksköterskans arbete (Schumacher & Meleis, 1994). En transition kan se ut på flera olika sätt och beröra olika typer av händelser i livet. Meleis et al. (2000) skiljer mellan utvecklingsmässiga, organisationsmässiga och situationsbundna (sociostrukturella) transitioner samt transitioner relaterade till hälsa och sjukdom. Menopaus kan ses som en utvecklingskris. Ofta uppträder flera olika transitioner samtidigt, vilket sjuksköterskan bör ta i beaktande. Om flera transitioner pågår simultant måste omvårdnaden utgå ifrån hur dessa i så fall samverkar. Att inta ett helhetsperspektiv på individens livssituation är essentiellt för hur transitionen ska tolkas. Förståelse för transitionsprocessen och vad denna innebär ger sjuksköterskan ett unikt terapeutiskt verktyg i sitt arbete (Meleis et al., 2000).

2.7.1.1 Grundläggande egenskaper i transitionsprocessen

Transitioner är processer som sker över tid och innebär en utveckling och en rörelse från ett stadie till ett annat. Processen kan indelas i olika faser och brytpunkter; kritiska ögonblick. En transition innebär en genomgripande förändring av individens identitet, relationer, förmågor och beteendemönster. Enligt Meleis et al. (2000) har en transition vissa grundläggande egenskaper.

För att kunna befinna sig i transition måste individen i någon grad ha insikt (*awareness*) om sin förändringsprocess. Kvinnor kan genomgå en menopausal transition utan att vara medvetna om att de förändringar och symtom som de upplever beror på menopaus. En patient som är engagerad (*engagement*) i sin situation söker ofta självmant efter information och goda förebilder samt vidtar aktivt förebyggande åtgärder och förberedelser. Detta engagemang förutsätter en medvetenhet om situationen. Saknas denna kunskap engagerar man sig inte heller på ett meningsfullt sätt. Alla transitioner innebär förändring och skillnad (*change and difference*), men all förändring är inte resultat av en transition. Däremot kan en förändring ge upphov till en transition och en transition kan i sin tur resultera i förändring. Sjuksköterskan måste noga överväga patientens förmåga att hantera förändringar. Alla transitioner pågår under en längre tid (*time span*). Individen genomlever en period av instabilitet, förvirring, oro och ångest, där ingenting känns säkert eller förutsägbart. Till slut har man förhoppningsvis integrerat

förändringarna och en känsla av nystart och stabilitet uppstår. Vissa transitioner är tydligt sammankopplade med en specifik händelse till exempel födelse, död, sjukdom eller uppnådd menopaus. En sådan händelse kan ses som ett kritiskt ögonblick eller en vändpunkt (*critical points and events*). Under en transition uppträder många kritiska ögonblick på vägen. Dessa är av olika karaktär och kräver sjuksköterskans uppmärksamhet, kunskap och erfarenhet på sitt unika sätt (Meleis et al., 2000).

2.7.1.2. Faktorer som kan påverka transitionen

Det finns vissa faktorer som antingen kan underlätta eller försvåra transitionen. Meleis et al (2000) menar att det är av vikt att man tar hänsyn till alla de personliga, sociala och samhälleliga ramar som omger individen. Den mening (*meanings*) som finns kopplad till transitionen kan vara positiv, negativ eller neutral. Transitionen kan också vara önskad eller oönskad. Sjuksköterskan måste förstå att den betydelse patienten lägger in i transitionen påverkar både upplevelsen och hälsokonsekvenserna (Schumacher & Meleis, 1994). Kulturella attityder (*cultural beliefs and attitudes*) såväl som sociokulturella förhållanden (*societal conditions*) har betydelse för hur kvinnor upplever och tolkar sin situation. Synen på menopaus i samhället i stort kan antingen stödja eller hämma transitionen. Patriarkala strukturer, stigmatisering och marginalisering kan få kvinnor att ignorera och förminska sina behov och besvär. Samhällets syn på kvinnors kroppar utgör en annan faktor som kan försvåra en sund transition i menopaus. Kvinnor med låg socioekonomisk status (*socioeconomic status*) upplever fler psykologiska symptom och har därmed svårare att genomgå en sund transition. Kunskap, förväntningar och föregripande förberedelser (*preparation and knowledge*) främjar transitionen i klimakteriet. Kvinnor utan kunskap oroar sig mer och uppsöker oftare vård för helt naturliga företeelser (Meleis et al, 2000). När man vet vad som väntar minskar stress och oro (Schumacher & Meleis, 1994). Rådgivning, goda förebilder och möjlighet att få svar på sina frågor inverkar på individens möjlighet till en god transition. Tillgång till god och relevant information från vårdpersonal samt material som broschyrer, böcker och kurser om ämnet är därför ett viktigt stöd (*community conditions*). Slutligen är det mycket viktigt med en stödjande omgivning (*environment*) bestående av familjemedlemmar, vänner och vårdkontakter. Saknas denna upplever individen oftare känslor av maktlöshet, förvirring och oro (Schumacher & Meleis, 1994).

2.7.1.3 Transitionens resultat/utfall

Vartefter transitionen utvecklas kan man se huruvida den går mot ett hälsosamt utfall eller tvärtom mot en ökad sårbarhet och risk. Det finns ett antal indikatorer under processens gång som det är viktigt för sjuksköterskan att kunna identifiera och följa. Känslan av sammanhang, interagerandet med andra, vilken kontext man befinner sig i samt utvecklandet av självförtroende och verksamma copingstrategier karaktäriserar en sund transition enligt Meleis et al. (2000). Sjuksköterskan måste kunna identifiera var i processen individen befinner sig. En tidslinje över processens stadier kan underlätta detta. Effektiv vårdplanering kräver att man hittar och förstår kommande problem och behov (Schumacher & Meleis, 1994).

2.7.1.4 Transitionens resultat

En lyckad transition kännetecknas av att individen bemästrar nya färdigheter samt att hen har utvecklat en ny integrerad identitet. Meleis et al. (2000) beskriver det som att en nyvunnen känsla av balans har infunnit sig. Schumacher och Meleis (1994) pekar på åtgärder som sjuksköterskan kan fokusera på i en transition. Det är bland annat viktigt att sätta in enstaka händelser i ett större mönster. Känsliga och kritiska punkter under transitionen behöver kunna identifieras i förebyggande syfte. Patientutbildning och information är andra insatser som syftar till att skapa goda förutsättningar för en hälsosam transition (Schumacher & Meleis, 1994).

3. Problemformulering

Många kvinnor upplever stora besvär vid klimakteriet, både tydliga och diffusa. Kvinnorna kan ha svårt att veta och förstå vad besvären beror på och hur dessa ska hanteras. Många söker sig till vården med symtom relaterade till klimakteriet utan att få relevant stöd.

Meleis transitionsteori beskriver vikten av information, kunskap och initierat stöd för att kunna gå igenom en utvecklingskris på ett framgångsrikt sätt. Kvinnor i klimakteriet har speciella stödbehov. Vården får inte enbart vara medicinskt inriktad, utan måste inta ett brett holistiskt perspektiv där alla delar av kvinnans liv beaktas. Det finns en konflikt mellan vårdens och kvinnornas egen syn på behoven. Psykosociala faktorer och det rent medicinska perspektivet hamnar ofta i motsatsförhållande till varandra istället för att samverka. En extra sårbar individ som befinner sig i ett förvirrat och instabilt tillstånd söker ofta information och stöd. Sjuksköterskan kan spela en viktig roll i detta genom att stödja, underlätta och genomföra både förebyggande och behandlande åtgärder. För att genomföra detta på bästa sätt krävs en stor mängd kunskap. Alltför lite tid av sjuksköterskeutbildningen ägnas åt denna fas av kvinnans liv och hennes upplevelse. Det finns även en okunskap såväl hos kvinnor som inom vården kring klimakteriet. Dessutom är kunskapen om sjuksköterskans omvårdnad av kvinnor i klimakteriet ett dåligt beforskat område.

4. Syfte

Syftet är att beskriva sjuksköterskans kompetenser kring klimakteriet samt hennes stöd till kvinnor i klimakteriet.

5. Metod

5.1 Design

Syftet är att beskriva sjuksköterskans kompetenser kring klimakteriet samt hennes stöd till kvinnan i klimakteriet. Detta beskrivs lättast genom en systematisk litteraturöversikt som sammanfattar befintlig forskning inom området. Klimakteriet och sjuksköterskans kunskap och stöd sågs vara ett utforskat ämne och därför motiveras metodvalet av att göra en forskningsöversikt. Det är viktigt att sjuksköterskan kan göra sådana här sammanställningar för att få en överblick över kunskapsläget då forskningen hela tiden utvecklas (Rosén, 2012).

5.1.1 Litteratursökning och avgränsningar

Rosén (2012) beskriver en god systematisk översikt med att den ska innehålla en preciserad fråga/problem, den ska vara reproducerbar, sökningen ska vara systematisk och kvalitetsgranskningen ska uppfylla urvalskriterierna. Dessutom ska en tabellering av de artiklar som har granskats finnas samt en sammanvägning av resultatet och en bedömning av hur välgrundat resultatet är.

En inledande sökning på klimakteriet i Google och Google Scholar gjordes för att få grepp om problematiken. Därefter förfinades sökningen genom upprepade kombinations-sökningar. Databaserna PubMed, Cinahl samt Scopus användes för att få en så bred sökning som möjligt. De sökord som först användes var menopause, knowledge, support, nursing, selfcare, nurse treatment, information m.fl. Begränsningar som användes var peer review, läs online och forskning från de senaste 5 - 10 åren. Resultatet av dessa sökningar var skralt. Vi fick visserligen hundratals träffar, men artiklarna handlade inte om det vi eftersökte, utan mer allmänt om klimakteriet och medicinska tillstånd relaterat till menopaus.

Eftersom ämnet vi studerade inte var särskilt välbeforskat fick vi ändra våra sökkriterier till ett större tidsspänn. På grund av detta ingår även äldre material i vår slutliga sökning. Till sist gjordes en boolesk sökning med "Menopause+" som major heading tillsammans med AND nurse OR nurses OR nursing OR nursing care OR nursing attitudes OR nursing practice. Användning av en boolesk operator innebär att man lägger ihop söktermerna med hjälp av orden AND, OR, NOT. En boolesk operator kan specificera och expandera sökningen samt göra den mer sensitiv (Henricson, 2012). Vid sökningen användes termer från svenska MeSH. Denna sökning resulterade i 152 träffar i Cinahl (bilaga 2). Vi gjorde sedan en likadan sökning i både Pubmed och Scopus. Dessa sökningar gav inget resultat som passade till vårt syfte. Efter att ha läst alla 152 rubriker valdes 40 abstracts ut och analyserades. Utifrån dessa valdes därefter 20 artiklar ut som granskades i fulltext. Slutligen användes vi sedan 10 artiklar i den systematiska litteraturöversikten.

5.1.2 Granskning av artiklar

Efter att ha läst rubriker och abstracts och genom detta sållat bort artiklar som inte hörde till ämnet valdes slutligen 10 artiklar. De utvalda artiklarnas vetenskapliga kvalitet granskades noga med hjälp av SBU-mall och en sammanställning gjordes av dessa. Lodrät tabellmall användes från Rosén (2012). Större delen av artiklarna var peer review vilket innebär att artiklarna har granskats före publicering av andra forskare (Karlsson, 2012). Syfte, metod, urval, resultat samt kvalitet listades i en tabell (bilaga 2). Av de valda artiklarna var tre kvalitativa och sex artiklar var kvantitativa. En artikel var både kvalitativ och kvantitativ.

5.1.3 Analys av artiklar

Friberg (2012) beskriver analysprocessen av en allmän litteraturöversikt som en strukturerad pendling mellan delarna - tabeller, översiktsblad, och helheten - från respektive studie fram till slutgiltigt resultat. Genom att många gånger noggrant läsa igenom artiklarna identifieras likheter och skillnader. Innehållsliga aspekter av likartad karaktär sorteras samman i teman eller områden. Under dessa teman refererar man därefter till artiklarna. Den slutliga tolkningen består av en beskrivande presentation av materialet i uppsatsen (Friberg, 2012).

Artiklarna delades upp mellan författarna och sammanfattningar gjordes. Sedan lästes artiklarna noggrant och innehållet diskuterades. Därefter lästes artiklarna återigen flera gånger med kritisk blick och avsnitt som besvarade syftet markerades i texten. Med hjälp av färgpennor markerades olika teman i texten i var sin färg. Bland dessa teman framkom 4 olika huvudteman. Slutligen bearbetades resultatet tematiskt i resultatdiskussionen.

5.1.3 Forskningsetiska överväganden

Etisk reflektion är något som krävs genomgående i ett vetenskapligt arbete. Kjellström (2017) beskriver det som ett ständigt reflekterande över vilka handlingar och val man gör under arbetets gång. Valet av artiklar gjordes därför så objektivt som möjligt. Artiklarna hade godkänts av etisk

kommitté. Vi har eftersträvat att inte medvetet utelämna data och resultat som inte stödjer vår analys. Dessutom har vi intagit ett kritiskt förhållningssätt till förväntat resultat. Vi bedömer även att våra språkliga och metodologiska kunskaper varit tillräckliga för att undvika missförstånd och feltolkningar av de artiklar vi valt.

6. Resultat

Denna litteraturstudie utgår från 10 artiklar. Sammanfattningsvis framkommer i huvudsak fyra huvudteman i bearbetningen av materialet; sjuksköterskans roll, bristande kunskap hos sjuksköterskan, vilken kompetens sjuksköterskan behöver ha vid vård av kvinnor i klimakteriet samt vårdens organisation. Dessutom identifierades hos ett par huvudteman ett antal subteman som vidare beskrivs under respektive tema.

6.1 Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskans roll är ett återkommande tema i artiklarna (Anderson et al., 2015; Ariyoshi, 2009; Baird, 2004; Lopes et al., 2013 ; Maher och Myatt, 1995; Schmalfuss et al., 2014). Den medicinska kompetensen och förmågan till ett relevant bemötande ses som själva fundamentet i en god och fungerande vård i klimakteriet. Schmalfuss et al. (2014) drar slutsatsen att sjuksköterskans stöd till kvinnor genom klimakteriet har mycket stor betydelse för kvinnans livskvalité. Förebyggande friskvård, tidig diagnos och omedelbar behandling av förekommande besvär samt preventiv behandling är grundläggande i vården. Sjuksköterskans roll är att underlätta detta arbete genom att se hur kvinnorna mår och ge adekvat vård relaterat till förändringarna i klimakteriet. Hon ska också kunna ge stöd till att genomföra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder (Schmalfuss et al, 2014). Även i en artikel av Ariyoshi (2009) betonas vikten av välutvecklad vård för kvinnor i klimakteriet under styrning av en sjuksköterska. I studien av Maher och Myatt (1995) framkom att de flesta kvinnor ser klimakteriet som en normal fysiologisk process. Det finns dock ett stort behov av begriplig och konkret kunskap samt guidning och råd av kunniga sjuksköterskor för att kvinnorna ska kunna göra rätt beslut om sin behandling. Lopes et al., (2013) påpekar att i princip hela behandlingen bygger på sjuksköterskans kunskap och förmåga till ett gott bemötande. Anderson et al., (2015) kom fram till att den behandling som innebär ett fysiskt möte med sjuksköterskan ger det bästa resultatet när det gäller att minska klimakteriebesvären. Baird (2004) påpekar att det bland den självhjälpplitteratur om klimakteriet som finns tillgänglig på marknaden saknas böcker med sjuksköterskans perspektiv och kunskap.

6.2 Bristande kunskap hos sjuksköterskan

I artiklarna i litteraturöversikten framgår att just kunskap är en stor bristvara såväl hos kvinnorna i menopaus, som hos sjuksköterskorna och i samhället i stort (Baird, 2004; Lopes et al., 2013 ; Maher och Myatt, 1995). Många av sjuksköterskorna i studien av Lopes et al. (2013) uttrycker en brist på tillräcklig kunskap från sin utbildning för att möta denna patientgrupp. Det mesta av kvinnosjukvården riktade sig istället till kvinnor i den reproduktiva fasen samt till förebyggande och kontroll av cancer, gynekologiska problem, högt blodtryck och diabetes. Avsaknaden av sjuksköterskor med god kunskap om klimakterieproblem samt erfarenhet av att behandla kvinnor i denna fas av livet är ett stort problem enligt Lopes et al. (2013). Sjuksköterskornas bristande kunskap gör det svårt för dem att bemöta kvinnorna och leda dem genom transitionen. Bristen på

studier och kunskap om äldre kvinnor får en stor inverkan på kvinnors livskvalitet. Kvinnor lever längre idag och är som mest aktiva runt 50-årsåldern. Det kan vara då de har tid att förverkliga sig själva och ta upp sin karriär efter att ha uppfostrat barn. Den största delen av informationen om klimakteriet får kvinnor i dag från sociala medier, veckotidningar och väninnor, vilket är ett problem (Maher och Myatt, 1995). Stor del av informationen om hur det kan vara att komma i klimakteriet borde istället komma från hälso- och sjukvården. Detta skulle öka möjligheterna för fler att må så bra som möjligt (Baird, 2004).

6.3 Kompetensen sjuksköterskan behöver ha vid vård av kvinnor i klimakteriet

I detta huvudtema beskrivs den kompetens som sjuksköterskan behöver ha för att kunna ge vård till kvinnor i klimakteriet på ett fullödigt sätt. De olika faktorerna i denna kompetens beskrivs i fem subteman: kunskap om hälsobefrämjande åtgärder, kunskap i transitionsteori, medvetenhet om kontextens betydelse, ett holistiskt synsätt samt ett adekvat bemötande.

6.3.1 Kunskap om hälsofrämjande åtgärder

Kunskap om vilka hälsofrämjande åtgärder som kan vara aktuella i varje enskilt fall tillskrivs sjuksköterskans ansvar (White & Taliaferro, 2016). Sjuksköterskan måste även ha kunskap om förebyggande hälsoåtgärder samt god medicinsk kompetens i ämnet (Lopes et al, 2013). Enligt de Lucena Andrade et al. (2013) har sjuksköterskan en viktig pedagogisk uppgift i att informera kvinnor om de förändringar som klimakteriet innebär. Sjuksköterskan är mycket lämpad till att se kvinnans situation i ett större sammanhang. Därmed kan både medicinska aspekter och psykosociala problem identifieras samtidigt (de Lucena Andrade et al. 2013). Anderson, Seib, McGuire och Porter-Steele (2015) gjorde en studie om "women's wellness program" (WWP) för kvinnor i övergångsåldern. WWP testades under tolv veckor i tre olika varianter. Antingen träffade kvinnorna en sjuksköterska på riktigt eller så gjordes programmet on-line utan kontakt med en sjuksköterska. I den tredje varianten hade kvinnorna istället on-line-kontakt med en virtuell sjuksköterska. Detta program var ett hälsoprogram med individuella mål för träning, hälsosamt ätande och diskussioner kring rökning och alkoholkonsumtion. Australiska kvinnor mellan 40-65 år från alla delar av landet deltog. Kvinnorna fick inte lida av psykisk ohälsa eller vara skadade så att de inte kunde utföra aktiviteterna som rekommenderades. Resultatet Anderson, Seib, McGuire och Porter-Steele (2015) kom fram till var att de menopausala symtomen minskade mest hos de kvinnor som träffade sjuksköterskan face-to-face. Kvinnorna rapporterade mindre yrsel, vallningar, nattliga svettningar och ökad libido. Även andra symtom som oro och fysiska åkommor minskade i den här gruppen.

6.3.2 Kunskap i transitionsteori

Medvetenhet om transitionsprocessens olika stadier och faktorer är annat som tillskrivs sjuksköterskans ansvar. White & Taliaferro (2016) hävdar att kvinnor efter menopaus mycket väl kan uppnå ett framgångsrikt åldrande och leva ett rikt liv fyllt av livskvalité. Med avstamp i Flood's "Successful Aging theory" undersöktes sambanden mellan det goda åldrandet, stark självkänsla och ett tillfredsställande sexliv hos 96 kvinnor efter menopaus. I studien fann man ett positivt samband mellan dessa faktorer. Den postmenopausala kvinnans livskvalité och självkänsla beror till stor del på i vilken mån hon lyckats integrera och internalisera transitionen kring menopaus. Det finns gott om litteratur om framgångsrikt åldrande, men den utgår oftast från mannens premisser. Kvinnans förutsättningar är annorlunda och mer komplexa. Sexuell hälsa för äldre kvinnor är tyvärr ett dåligt beforskat område (White & Taliaferro, 2016). Kvinnornas egna resurser bör i möjligaste mån synliggöras och tas i anspråk. Livskvalitén efter

menopaus beror till stor del på hur framgångsrikt kvinnan lyckats hantera sin transition (White & Taliaferro, 2016).

6.3.3 Medvetenhet om kontextens betydelse

Kontexten kvinnan befinner sig i har en avgörande roll för hennes utvecklingsprocess. Synen på medelålders kvinnor varierar stort både historiskt och kulturellt. Det finns olika modeller och synsätt i hur man ser på klimakteriet. I en studie på kvinnor i klimakteriet förklarar Maher och Myatt (1995) hur man i den medicinska modellen ser på menopaus som en helt biologisk process vilken innebär sänkta och växlande hormonnivåer. Denna bristsjukdom eller endokrina patologi, behandlas via detta synsätt bäst med HRT (hormonterapi). I ett sociokulturellt perspektiv, däremot, definieras kvinnan genom sitt kulturella och psykosociala sammanhang. Här krävs ett bredare, holistiskt synsätt. Den feministiska modellen anser att medelålderns förändringar inte enbart beror på menopaus utan framförallt är en del av ett normalt åldrande. Ur detta perspektiv är allmänna hälsoråd det fundamentala såsom vitamintillskott, träning, näringsrik mat, avslappning och liknande. I studien av Maher och Myatt (1995) framkom att de flesta kvinnor såg klimakteriet som en normal fysiologisk process (Maher och Myatt, 1995). Det är enklare att hantera övergången vid menopaus i kulturer där äldre människor hanteras med respekt och tillskrivs ett högt värde. I kulturer där en ung och frisk kropp är högsta ideal kan kvinnan istället uppleva menopaus som ett bevis för att hon inte längre är gångbar som kvinna (Maher & Myatt, 1995). Blir patienten behandlad med respekt och tagen på allvar är det enklare att stå ut med och tala om sina besvär. Finns en öppenhet i samhället för kvinnan att kunna prata med och lyssna på andra om sina upplevelser minskar risken för osäkerhet och isolering (Schmalfuss et al, 2014). Vården bör verka för att synen på den medelålders kvinnan förändras och uppvärderas. Ett transparent och positivt förhållningssätt där man inte skuldbelägger eller nonchalerar kvinnan är en bra början. Hvas (2002) inställning är att man alltid ska utgå från det kompetenta, starka och friska hos individen. Hälsan ska i alla stadier av livet alltid relateras till ett större sammanhang, där psykosociala, politiska, ekonomiska och kulturella faktorer och inte enbart biologiska bör tas i beaktande. Detta är sjuksköterskans uppgift (de Lucena Andrade et al., 2013).

6.3.4 Ett holistiskt synsätt

Det är fundamentalt för vården av kvinnorna i klimakteriet att man utgår från ett holistiskt synsätt. Ett humant, förstående och inlevelsefullt bemötande från sjuksköterskans sida i kombination med en skraddarsydd behandling utefter varje individs specifika behov ses som grunden till att kvinnorna ska uppnå ett förbättrat välbefinnande både i klimakteriet och under resten av livet (Schmalfuss et al., 2014). Maher och Myatt (1995) beskriver att det finns ett stort behov av begriplig och konkret kunskap samt guidning och råd av kunniga sjuksköterskor för att kvinnor ska kunna göra rätt beslut om sin behandling. Sjuksköterskan måste både ha ett holistiskt förhållningssätt samt stor kunskap, både medicinskt och i förebyggande syfte. Då alla kvinnors upplevelse av den perimenopausala perioden skiljer sig åt är det viktigt att bemötandet och behandlingen utformas individuellt (Maher & Myatt, 1995). Även de Lucena Andrade et al. (2013) pekar på behovet av att söka ett vidgat paradigm, där man inte bara ser till det rent förhandenvarande, utan även försöker ställa bredare frågor relaterat till kvinnors hälsa i klimakteriet. Schmalfuss et al (2014) grundar sina slutsatser på en studie där man intervjuat tio sydamerikanska kvinnor i övergångsåldern. Kvinnorna upplevde både fysiska och emotionella besvär under menopaus vilket gav upphov till osäkerhetskänslor. Det fanns en tendens till att isolera sig socialt på grund av detta. Att hysa förståelse för vad som händer under övergångsåldern var viktigt för hur kvinnorna tolkade och hanterade sina symptom. Många upplevde stor hjälp av att lyssna på och diskutera med andra kvinnor om varandras upplevelser.

Klimakteriet hade varit ett populärt samtalsämne mödrar och mormödrar emellan under hela deras uppväxt. En del kvinnor fick större förståelse för perioden när de sökte medicinsk hjälp. Stöd och support från den närmaste familjen var mycket viktigt. I möjligaste mån bör därför familjen inkluderas i behandlingen (Schmalfuss et al, 2014). En dansk studie av Hvas (2002) tar sin utgångspunkt i kvinnors positiva erfarenheter av klimakteriet. Enligt studien av Hvas (2002) är kvinnor i sin bästa ålder ofta friska, starka och mycket kompetenta trots upplevda symtom. Hvas menar att det är en ofruktbar strategi av den rådgivande vården att enbart fokusera på kvinnors negativa upplevelser. Istället bör sjuksköterskan eller läkaren inta ett bredare synsätt. Om vården tar avstamp i positiva aspekter och samtidigt synliggör kvinnans egna resurser kan medikalisering i vissa fall undvikas. Förutom att slippa menstruationer, pms, migrän och jobbiga preventivmetoder betonade kvinnorna i studien personlig utveckling samt en ny frihet att kunna styra sin egen tid som positivt (Hvas, 2002).

6.3.5 Ett adekvat bemötande

Det är viktigt att sjuksköterskan har ett kvalificerat bemötande, att hon kan lyssna och ta emot patientens känslor och frågeställningar samt identifiera de underliggande problemen. Detta framkom i en portugisisk studie där man undersökte sjuksköterskors bemötande av kvinnor i klimakteriet (Lopes et al, 2013). Kvinnorna måste få utrymme till att uttrycka sina känslor om förändringarna de upplever i kroppen och få det stöd de behöver. I princip hela behandlingen bygger på sjuksköterskans förmåga att lyssna till och uppfatta patienten korrekt. Det räcker inte med ett etiskt riktigt, öppet, respektfullt och accepterande bemötande. Mycket lite forskning är gjord på bemötandet av kvinnor under menopaus, vilket i sig är en stor brist anser Lopes et al. (2013).

6.4 Vårdens organisation

I detta huvudtema beskrivs hur vårdens organisation inverkar på sjuksköterskans möjlighet att ge en god vård till kvinnor i klimakteriet. Detta beskrivs med hjälp av två subteman; vikten av ett särskilt upplägg av vården för kvinnor i klimakteriet samt samhällets vinster med god vård i klimakteriet.

6.4.1 Vikten av ett särskilt upplägg av vården för kvinnor i klimakteriet

Vikten av att vården har ett särskilt upplägg för kvinnor i klimakteriet framgår som ett återkommande tema i flera av artiklarna (Lopes et al., 2013; Ariyoshi, 2009). I detta upplägg anser samtliga att sjuksköterskans profession bör ha en stor roll. Insatserna behöver skraddarsys individuellt till varje kvinna utifrån ett helhetsperspektiv. Hälsobefrämjande insatser i menopaus kräver såväl omfattande support som särskilda personella resurser. Sjuksköterskan måste bemöta kvinnan med empati, kunskap och professionalitet samt ha en god förmåga att uppfatta underliggande problem. Det är av vikt att hälso- och sjukvården organiseras på ett sätt som befrämjar detta (Lopes et al, 2013). Ariyoshi (2009) beskriver hur ett företag i Japan satsade på sina kvinnliga medarbetare som befann sig i klimakteriet genom ett särskilt hälsovårdsprogram under ledning av en företagssköterska. Ett speciellt mottagningsrum för medelålders och äldre kvinnor inrättades där konsultationerna kunde ske i lugn och ro. Företagssköterskan arbetade fram ett särskilt hälsovårdsprogram tillsammans med företagsläkaren och en gynekolog. Överordnade avdelningschefer rapporterade förändringar i uppförande och arbetskapacitet hos sina anställda direkt till företagssköterskan. Ariyoshi (2009) menar att det är av yttersta vikt att man tar ett helhetsgrepp på kvinnans situation vid behandling av klimakteriebesvär. Individuella

överväganden angående arbete, livsstil och familjestruktur måste göras. Artikeln visar att insatser för att befrämja hälsan kring menopaus kräver särskilda mänskliga resurser och omfattande support (Ariyoshi, 2009).

6.4.2 Samhällets vinster med god vård i klimakteriet

Hoerger et al (1999) har beräknat kostnaderna för vård av kvinnor över 45 års ålder i USA. Man har i utredningen särskilt riktat in sig på kardiovaskulära sjukdomar, osteoporos, bröstcancer och gynekologisk cancer, vilka är de sjukdomar som ökar markant efter menopaus, då östrogenets skyddande effekt avtar. Samhällets kostnader för sjukhusvistelse, vårdhem, hemtjänst och öppenvård ingick i beräkningen. Däremot har inte övriga direkta och indirekta kostnader räknats med. Hit hör förlorad produktivitet, ökad vårdbörd för anhöriga samt andra effekter såsom minskad livskvalitet för patienterna och deras familjer. Den ekonomiska bördan för sjukdomstillstånd associerade med menopaus är väsentlig. Hoerger et al. (1999) anser att man ska satsa på förebyggande vård för kvinnor i övergångsåldern. På så sätt skulle framtida vårdkostnader för samhället kunna sjunka (Hoerger et al. 1999). Anställda kvinnor i åldrarna kring menopaus på ett japanskt företag hade större sjukfrånvaro, gick oftare i förtida pension samt hade högre mortalitet än övriga anställda. Ledningen antog att speciella hälsoinsatser för kvinnor i medelåldern skulle löna sig ekonomiskt för företaget, vilket det gjorde. Efter att man infört förändringar i hälsovården med fokus på hälsan under klimakteriet minskade sjukfrånvaron, den ökade mortaliteten samt de tidiga pensionsavgångarna till noll (Ariyoshi, 2009).

7. Diskussion

7.1 Metoddiskussion

Syftet med föreliggande studie är att beskriva sjuksköterskans kompetenser i relation till kvinnor i klimakteriet. För att undersöka detta syfte valdes att göra en litteraturstudie. Det var mycket svårt att finna relevanta artiklar om sjuksköterskans vård, kompetens och omhändertagande av kvinnor med klimakteriebesvär.

Begreppet validitet kan översättas med giltighet eller relevans. Utmaningen med att skriva ett arbete är att samla in data som är relevanta för problemformuleringen. Reliabilitet innebär att oberoende mätningar ska ge ungefär identiska resultat. Det innebär att fakta är pålitliga och att de därmed kan belysa den vetenskapliga problemställningen, Wallgren och Henricsson (2012). Sökningen har utökats till hela världen då forskningen i Sverige var svår att finna. Genom att söka i Cinahl och använda MeSH, sökverktyg för att arbeta fram sökord, som ger relevanta artiklar och ringar in området bör sökningen kunna göras om igen och komma fram till liknande resultat..

Sökning gjordes även i Pubmed och Scopus med samma sökord men inte med samma framgång. Sökningen blev för bred. Enligt Rosén (2012) ger den bästa sökstrategien en inringning av områden och en exkludering av de artiklar som inte passar in.

De 10 artiklarna granskades med hjälp av SBU: mall (2014) för att se kvaliteten på dem. Vi bedömde att det räckte med 10 artiklar då flera kom fram till samma resultat vilket gjorde att en slutsats kunde dras.

Tidsintervall på artiklarna var från 1990-2019 detta för att kunna få ihop så många artiklar som möjligt. Artiklarnas innehåll förändrades inte över tid då de flesta kom fram till att sjuksköterskorna behövde mer kunskap för att kunna bemöta och stötta kvinnor i klimakteriet bättre. Svårigheterna att hitta artiklar ur sjuksköterskans perspektiv var väldigt stor vilket kan påverka studiens validitet då artiklar fick användas som var gamla.

Det var även svårt att utläsa resultatet och jämföra artiklarna då begrepp som preklimakteriet och menopaus användes på olika sätt. Det kan bero på att artiklarna var skrivna i olika världsdelar.

Tanken var att skriva utifrån en svensk kontext, men det fanns endast en svensk artikel som passade syftet. Därför fick materialet utvidgas och artiklar från hela världen användes. Frågan är om denna information som beskrivs från olika delar av världen (USA, Sydamerika, Japan, Australien, Irland och Danmark mfl.) är realiserbara till vår kontext i Sverige. När utländska artiklar används är det extra viktigt att undersöka metod och urval.

Sättet att arbeta med klimakteriet inom närhälsan i Sverige är svårt att applicera med denna studie då det är från andra länders perspektiv. För att få ett mer realiserbart resultat till hur närhälsan i Sverige arbetar borde det gjorts en annan typ av studie tex. enkätstudie med flera sjuksköterskor inom primärvården i Sverige.

Uppsatsen hade dock relevans för att påskina hur pass litet svensk forskning som gjorts på området.

7.2 Resultatdiskussion

Resultatet visar att det finns en stor okunskap om klimakteriet, både hos allmänheten och inom vården. Nästan alla artiklar i studien tar upp bristande stöd till kvinnor i klimakteriet som ett stort problem (Ariyoshi, 2009; Baird, 2004; Hoerger et al., 1999; Lopes et al., 2013; Maher och Myatt, 1995; White och Taliaferro, 2016). På grund av bristen på stöd förhindras en framgångsrik vård av kvinnor i övergångsåldern vilket medför stora konsekvenser både på ett personligt plan såväl som i ett större samhällsperspektiv. Vikten av att sjuksköterskan har relevant kunskap och betydelsen av utökad vård för kvinnor i klimakteriet betonas stort. Sammanfattningsvis visar resultatet av de tio inkluderade artiklarna att kvinnorna inte får den hjälp och det stöd de behöver få av vården.

Baird (2004) beskriver i en artikel hur det för allmänheten fattas relevant och pålitlig information om förändringarna kring menopaus. I jämförelse med informationsutbudet om hormonförändringarna vid puberteten är skillnaderna milsvida. Åren kring menopaus präglas av en fysisk och psykologisk förändring vilken kännetecknas av förlust. Okunskap hos kvinnor kring detta skede av livet gör svårigheterna större än de behöver vara. Menopausen behöver ses som ett kontinuum bestående av en mängd helt olika scenarion. Sjuksköterskans perspektiv bör vara holistiskt samt integrera kunskap om personlig transition med medicinska aspekter för att ge bästa möjliga omvårdnad. Sjuksköterskan måste förstå och ha kunskap om rädslor, tvivel, förhoppningar och behov hos kvinnor i övergångsåldern. Först då kan sjuksköterskan hjälpa patienten att acceptera och integrera sina förluster för att därefter starkt kunna gå vidare in i ett nytt stadie av livet (Baird, 2004). Sjuksköterskan har även en pedagogisk uppgift. I en indisk studie om kvinnors kunskap om menopaus (Pinto, 2010) blir slutsatsen att sjuksköterskor är viktiga för att sprida mer kunskap och identifiera attityder kring menopaus. På detta sätt ges kvinnan verktyg till att välja strategier för att handskas med klimakteriets olika symtom (Pinto, 2010). Detta stämmer med den slutsats de Lucena Andrade et al., (2013) kom fram till; en del av

sjuksköterskans arbete består av att utbilda kvinnorna i kunskap om klimakteriets processer. På detta sätt får kvinnan möjlighet att göra nödvändiga förändringar i sin livsstil och på så sätt uppnå en bättre livskvalité (de Lucena Andrade et al., 2013). Sjuksköterskans kompetens och kunskap har en avgörande roll för att kunna utföra individuella riskbedömningar av kvinnan i klimakteriet (Dehn 2007). Sjuksköterskor kan göra stor nytta för kvinnor med menopausala symtom (Robinson, 2009). Det är en enorm kunskap som sjuksköterskan måste besitta för att främja sjuk- och hälsovård för kvinnor i klimakteriet på ett fullgott sätt. Avsaknaden av sjuksköterskor med denna kompetens beskrivs som ett stort problem (Lopes et al., 2013). I de svenska riktlinjerna kring vårdnivå för gynekologiska besvär står att klimakteriella besvär och behov av okomplicerad hormonbehandling ska hänvisas till primärvården och inte till barnmorskemottagningar (Region Jönköpings län, 2019). Inom primärvården arbetar för det mesta grundutbildade sjuksköterskor eller distriktssköterskor. Den svenska sjuksköterskeutbildningen ger inte mycket kunskap om klimakteriet, allt för liten del av studierna ägnas åt denna långa och jobbiga period i kvinnans liv (Göteborgs universitet, 2018). Resultatet av forskningen som visar att det är ont om sjuksköterskor med rätt kompetens stämmer alltså även i ett svenskt perspektiv.

Åren kring menopaus innebär en stor omställning för de flesta kvinnor. Både fysiska och psykiska symtom gör sig gällande och många söker sig till vården för att få hjälp. Tyvärr bemöts kvinnorna ofta på ett felaktigt sätt och får inte det stöd de behöver (McFall and Abernethy, 2009). Vården ställer felaktiga diagnoser, symtomen förminskas och helhetssynen saknas. Statistiskt sett har kvinnor i dessa åldrar en större sjukfrånvaro, tar oftare ut förtida pension och har en högre mortalitet. (Ariyoshi, 2009). Många blir inte heller tagna på allvar och känner sig förminskade i mötet med läkaren. Det finns en oro över att påtvingas en behandling man inte är bekväm med eller inte förstår sig på. Tidsbrist vid konsultationen kan ge upphov till stress och att man inte hinner ta till sig och förstå informationen. Många upplever att de inte får relevanta svar på sina frågor eller rätt hjälp (Clinkingbeard, 1999). Sjuksköterskans kompetens i att lyhört lyssna på patienten med ett öppet sinne och därigenom identifiera underliggande problem på ett korrekt sätt är en stor och viktig del av vården (Lopes et al., 2013). Forskning visar att följsamheten hos patienten ökar om man på ett individuellt plan diskuterar för- och nackdelar med olika behandlingsalternativ samt tar hänsyn till patientens egna preferenser i val av behandling. Man bör också alltid boka in en uppföljning (Dehn, 2006). Ett gott och mellanmänskligt bemötande med en sjuksköterska som ger sig tid är det bästa sättet att ge vård enligt Anderson et al. (2015). Alla kvinnor har rätt till en konsekvent och likvärdig behandling (McFall and Abernethy 2009).

Menopaus kan ses som startpunkten för ett nytt skede i livet, en period där man överger sina gamla roller, mönster och idéer till förmån för en ny självacceptans. Genom denna transition ges kvinnan möjlighet att lära sig samarbeta med kroppens processer och landa i sin kropp (Rousseau,1998). Kännetecknande för en lyckad transition är en nyfunnen balans, personlig mognad och framväxten av ett nytt själv hos individen (Meleis et al, 2000). Kvinnan har nu förhoppningsvis utvecklats till en mogen individ som i sin egen rätt vet vem hon är och vad hon vill. Även kvinnorna i Berterös (2003) studie såg med tillförsikt fram emot en framtid fylld av frihet och självständighet. En framgångsrikt genomgången transition är en förutsättning för livskvalitén efter menopaus (White & Taliaferro, 2016). Sjuksköterskan kan medverka på denna resa in i kvinnans nya ålder via uppskattning och support av hennes styrkor, beslut, svårigheter och prestationer anser Rousseau (1998).

Kunskap är en av de viktigaste faktorerna för att klara av att hantera en transition på ett fruktbart sätt. En av utgångspunkterna i Meleis (2000) transitionsteori är att tillgången till relevant kunskap och bra information utgör grunden för kvinnors upplevelse av menopaus. Tillgången till kunskap styr därmed hur de reagerar på sina upplevelser. Kvinnor utan kunskap oroar sig exempelvis mer och uppsöker oftare vård för helt naturliga företeelser (Meleis et al., 2000). Det är viktigt att sjuksköterskan har förståelse för transitionsprocessen och hur den ska tolkas. Sjuksköterskan måste ha förmåga att applicera sitt kunnande på rätt sätt för att kunna hjälpa kvinnan som söker vård (Meleis et al., 2000).

Något annat som betonas i artiklarna är vikten av ett holistiskt synsätt, helt i enlighet med Meleis et al. (2000) transitionsteori. Sjuksköterskan måste ha förmåga till helhetssyn och överblick samt kunna lyssna och uppfatta patienten rätt på ett inlevelsefullt sätt (Baird, 2004; Hvas, 2002; Maher och Myatt, 1995; Schmalfuss et al., 2014).

Scharbo-DeHaan och Brucker (1991) menar att sjuksköterskor måste vara insatta i hur östrogenet påverkar kvinnan för att på bästa sätt kunna stötta henne. Det är även viktigt att förstå den kulturella och sociala kontext som kvinnan befinner sig i vid menopaus och åldrande. Ofta är kvinnan i ett stadie mitt i karriären, barnen flyttar hemifrån, föräldrarna dör, och man ser tillbaka på sitt liv. Studier visar att kvinnor med bra självkänsla är bättre på att leva hälsosamt (Scharbo-DeHaan och Brucker, 1991). Den modell eller det synsätt världen betraktas ur har stor betydelse för tolkningen av klimakteriet och dess olika symtom och upplevelser. Kvinnans kroppsliga besvär kan antingen betraktas enbart ur en medicinsk modell, ses som ett normalt naturligt åldrande eller sättas in i ett vidare sociokulturellt sammanhang (Maher och Myatt 1995). Idealet är naturligtvis att ta hänsyn till alla dessa aspekter på en och samma gång. De kulturella aspekterna är viktiga och påverkar på många olika sätt. Kvinnor i kulturer där åldrande ger status upplever exempelvis färre symptom i klimakteriet. I västvärlden har många kvinnor i medelåldern stora krav och mycket ansvar att bära, vilket gör menopausen till en extra jobbig period. Ansvar för åldrande föräldrar och tonårsbarn samt stort fokus på karriären är vanliga inslag i livet för medelålders kvinnor. Sociokulturellt upplever även en del kvinnor i vår ungdomsorienterade kultur menopaus som slutet på sin kvinnliga attraktion (Maher och Myatt 1995). Förekomsten av patriarkala strukturer, stigmatisering och tabun kan hämma en sund transition (Meleis et al, 2000).

Det finns flera samhällseliga vinster med att en utbyggd och specialiserad omvårdnad för kvinnor i klimakteriet prioriteras. Samhällets kostnader för vård av kvinnor med sjukdomar associerade till menopaus är stor. En satsning på förebyggande vård för kvinnor i denna ålder skulle sänka nuvarande och framtida vårdkostnader ordentligt (Hoerger et al, 1999). I studien av Ariyoshi (2009) minskade sjuklighet, dödlighet och tidiga pensionsavgångar med 100 procent när man införde särskilda hälsoinsatser för målgruppen. Specialanpassning av arbetsituationen för kvinnor så att de inte längre arbetade på männens villkor utan på sina egna premisser var mycket lönsamt för företaget (Ariyoshi, 2009). I samhället i stort samt i synnerhet i arbetslivet är det därför av vikt att chefer och berörd personal har en allmän kunskap om vad övergångsåren innebär för den enskilda kvinnan (Beck, Brewis och Davies, 2019).

Enligt Scharbo-DeHaan och Brucker (1991) måste sjukvården ha en plan för hur man förebygger och värnar den kvinnliga hälsan. McFall and Abernethy (2009) beskriver hur The new Royal College of Nursing har utvecklat ett ramverk för sjukvårdspersonal vilka arbetar med kvinnor i menopaus. Detta ramverk ska ge professionell guidning samt medverka till att praktiken är säker,

effektiv och ansvarsfull. Konsekvent och likvärdig behandling för alla kvinnor tillsammans med ökad effektivitet i vården av den menopausala patienten är vad som eftersträvas. Med hjälp av ramverket ska sjuksköterskan kunna identifiera sin egen yrkesnivå och karriärplanera på ett strukturerat sätt samt lyfta fram sina utbildnings- och utvecklingsbehov. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, (RCOG), har etablerat en standard för vården vid menopaus. Denna standard ger sjuksköterskan en viktig roll som del i ett multidisciplinärt vårdteam. På alla nivåer av vården behövs det sjuksköterskor med särskild kompetens om klimakteriet.

Den stora avsaknaden av kunskap är huvudfyndet i detta arbete. I sjuksköterske-, barnmorske- och läkarutbildningen behöver kunskapen om klimakteriet utökas i stor grad. Omvårdnaden av kvinnor i medelåldern måste alltid relateras till hormonomställningar, även om man söker för andra sjukdomar. Vården måste alltid ta ett helhetsperspektiv när man utreder kvinnor i övergångsåldern så att de inte feldiagnostiseras. För att kunna göra detta krävs relevant kunskap hos vårdpersonalen. En satsning på att utbilda alla sjuksköterskor i klimakterie- kunskap och därefter införliva denna kunskap i vården skulle kunna bespara många kvinnor ett onödigt lidande och dessutom generera stora vinster för samhället.

8. Kliniska implikationer

Nya medicinska riktlinjer om behandling av kvinnor i klimakteriet har just kommit i Sverige (Svensk förening för obstetrik och gynekologi, 2019). Nya riktlinjer anser vi att det skulle finnas även för sjuksköterskans arbete med målgruppen. Sjuksköterskor kunde arbeta med kvinnor på särskilda mottagningar istället för på vårdcentralen. Lättillgängliga klimakteriemottagningar i hela landet är ett önskemål såväl som ett helhetstänkande i allmänhet inom vården av kvinnor i aktuell ålder. Arbetsgivarna kunde satsa på förebyggande åtgärder och ta extra hänsyn till medelålders kvinnor för att bibehålla deras stora kompetens på arbetsmarknaden. Framförallt behöver samhällets syn på åldrande i allmänhet och kvinnor i synnerhet uppvärderas.

9. Fortsatt forskning

Det finns ett stort behov av forskning gällande bemötandet av kvinnor under menopaus. Det hade exempelvis varit intressant att skicka ut enkäter till sjuksköterskor i primärvården då det är dit kvinnor i första hand hänvisas i Sverige. Desto mer forskning som görs och implementeras på området om hur vården kring klimakteriet bör se ut ju mer närmar vi oss ett gott, likvärdigt och humant samhälle.

10. Slutsats

Denna litteraturstudies syfte med att undersöka befintlig kunskap hos sjuksköterskor inom området har uppnåtts. Det framkommer i studien att sjuksköterskans kompetenser i relation till kvinnor i klimakteriet brister. Det är graverande hur lite kunskap det finns om klimakteriet samt hur stigmatiserat och tabubelagt fenomenet är i dagens moderna samhälle. Den eftersatta

forskningen av området är en indikation på detta. Kvinnor i klimakteriet prioriteras inte i dag och det skulle vara en stor vinst för samhället om detta verkligen gjordes. Stödet från vården skulle kunna vara bättre.

Har inte sjuksköterskan tillräcklig och relevant kunskap kan hon inte heller erbjuda ett gott stöd till patienten. Kunskapsbristen leder till en dålig förståelse för kvinnan som söker exempelvis för sömnbesvär. Risken för en felaktig diagnos och i förlängningen en miss- anpassad behandling är stor. Sjuksköterskan måste ha kunskap om förebyggande hälsoåtgärder, inneha rätt medicinsk kompetens, visa ett gott bemötande och ha en god klinisk blick för att kunna ge relevant vård. Hon måste även ha erfarenhet av och förståelse för transitionens processer och kunna använda dessa erfarenheter på ett konstruktivt sätt i sitt arbete. Dessutom bör sjuksköterskan ha förmåga att se till kvinnans hela livssituation och särskilda kontext för att kunna få en förförståelse för individens egna tolkningar och upplevelser.

Referenslista

- Anderson, D., Seib, C., McGuire, A., & Porter-Steele, J. (2015). Decreasing menopausal symptoms in women undertaking a web-based multi-modal lifestyle intervention: The Women's Wellness Program. *Maturitas*, 81(1), 69–75. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lhh&AN=20153176772&site=ehost-live>
- Ariyoshi, H. (2009). Evaluation of menopausal interventions at a Japanese company. *Aaohn Journal*, 57(3), 106-111.
- Baird, D. (2004). Negotiating the maze: the meaning of perimenopause. *New Jersey nurse*, 34(4), 17-18.
- Barnmorskeföreningen. (2018) Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Hämtad 2019-11-14 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>
- Beck, V., Brewis, J., & Davies, A. (2019). The remains of the taboo: experiences, attitudes, and knowledge about menopause in the workplace. *Climacteric*, 1-7.
- Berterö, C. (2003). What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. *International Council of Nurses, International Nursing Review*, 50, ss. 109-118.
- Borgfeldt, C. (2010). *Obstetrik och gynekologi*. (4., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Clinkingbeard, C., Minton, B. A., Davis, J., & McDermott, K. E. L. L. I. (1999). Women's knowledge about menopause, hormone replacement therapy (HRT), and interactions with healthcare providers: an exploratory study. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 8(8), 1097-1102.
- De Lucena Andrade, W., Braga, L. S., Medeiros, S., Dantas, A. P., De França Nóbrega Medeiros, M., Araújo, V. S., & Dias, M. D. (2013). Woman in menopause: information and knowledge about the quality of care. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 7(3).
- Dehn, B. (2007). Care of the menopausal patient: a nurse practitioner's view. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(8), 427-437.
- Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Göteborgs universitet - Sahlgrenska akademien, institutionen för vårdvetenskap och hälsa. (2018). *VISSP Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Programme in Nursing, 180 higher education credits*. Hämtad 2019-11-14, från https://sahlgrenska.gu.se/digitalAssets/1667/1667502_ssk-utbildningsplan-v18.pdf

- Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod : Från idé till examination inom omvårdnad* (Första upplagan ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Hoerger, T. J., Downs, K. E., Lakshmanan, M. C., Lindrooth, R. C., Plouffe Jr, L. E. O., Wendling, B., & Ohsfeldt, R. L. (1999). Healthcare use among US women aged 45 and older: total costs and costs for selected postmenopausal health risks. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 8(8), 1077-1089.
- Hvas, A. C. (2002). Positive experiences in connection with menopause. *Ugeskrift for læger*, 164(20), 2614-2616.
- Högskolan i Kristianstad, hämtad 20191021 <https://www.hkr.se/kurs/OM8911/kursplan>
- Jakobsson Ung, E & Lutzén, K (2014) Sjuksköterskeyrket som profession och omvårdnad som akademiskt ämne. I Ehrenberg, A., Wallin, L. & Edberg, A. (red.) (2014). *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Janson, P.O. & Landgren, B. (red.) (2015). *Gynekologi*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Johannisson, K. (1994). *Den mörka kontinenten: kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedt.
- Karlsson, E K (2012) Informationssökning I Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s 57-77). (Första upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Landgren, B. & Helström, L. (2009). *Klimakteriet: hormoner, sex, livskvalitet*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia.
- LeBoeuf, F. J., & Carter, S. G., (1996). Discomforts of the perimenopaus. *JOGNN*, 25, 73-80.
- Limeira Lopes, M. E., Da Costa, S. F. G., De Lima Gouveia, E. M., Evangelista, C. B., De Magalhães Oliveira, A. M., & Da Costa, K. C. (2013). Assistance to women in menopause: Speech of nurses. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 7(3).
- McFall, P., & Abernethy, K. (2009). Introduction to an integrated competence framework for health-care support workers and nurses working in menopause. *Menopause international*, 15(4), 157-159.
- Maher JE & Myatt KM. (1995). The perimenopausal process: a case for advocacy. *Nursing Management Mar95*; 26(3): 49-52.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Mårdh, P. (2013). *Om kvinnors hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Pinto, M. E (2010). A study on knowledge and attitude regarding menopause among rural and married Women in Mangalore. *Journal of SAFOG (South asian federation of obstetrics and gynaecology)*, 233-235.

Region Jönköpings län. (2019) *Riktlinjer kring vårdnivå vid gynekologiska besvär*. Hämtad 2019-10-21, från <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=16281&nodeId=39797>

Robinson F. (2009). Living well after the menopause. *Practice Nurse*, 38(8), 10–11. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105247790&site=ehost-live>

Rosén, M (2012) Systematisk litteraturöversikt. I Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (första upplagan) Lund: Studentlitteratur.

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

(SBU) Statens beredning för statens medicinsk och social utvärdering. (2014) *Mall för kvalitetsgranskning för studier med kvalitativ forskningsmetodik*. Stockholm: SBU.

Scharbo-DeHaan M, & Brucker MC. (1991). The perimenopausal period: implications for nurse-midwifery practice. *Journal of Nurse-Midwifery*, 36(1), 9–8. Hämtad 2019-10-28 från <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=107501528&site=ehost-live>

Schmalfuss, M., Sehnem, J. J., Ressel, G., Beatriz, L., Teixeira, D., Marielle, C. (2014). Women's perspective and experiences of climacteric. *Journal of nursing* 8(9): 3039-3046.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. L. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.

SFS 2017:30 *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Shier, D., Butler, J. & Lewis, R. (2016). *Hole's Human anatomy & physiology*. (14th ed.) New York: McGraw-Hill.

Sjuksköterskeförening. (2017) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2019-11-14 från, <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Spetz Holm, A-C & Hammar, M. (2015). Den normala menscykeln. I Spetz Holm, A-C, Jonasson, L & Hammar, M (red.) *Klimakteriet - En uppdatering*. Lund: Studentlitteratur. ss. 13-25.

Spetz Holm, A., Jonasson, L. & Hammar, M. (red.) (2014). *Klimakteriet: en uppdatering*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Svensk förening för obstetrik och gynekologi, SFOG. (2019) *SFOG-råd för menopausal Hormonbehandling 2019*. Hämtad 2019-11-13, från <https://www.sfog.se/start/om-sfog/aktuellt/sfog-raad-foer-menopausal-hormonbehandling-2019/>

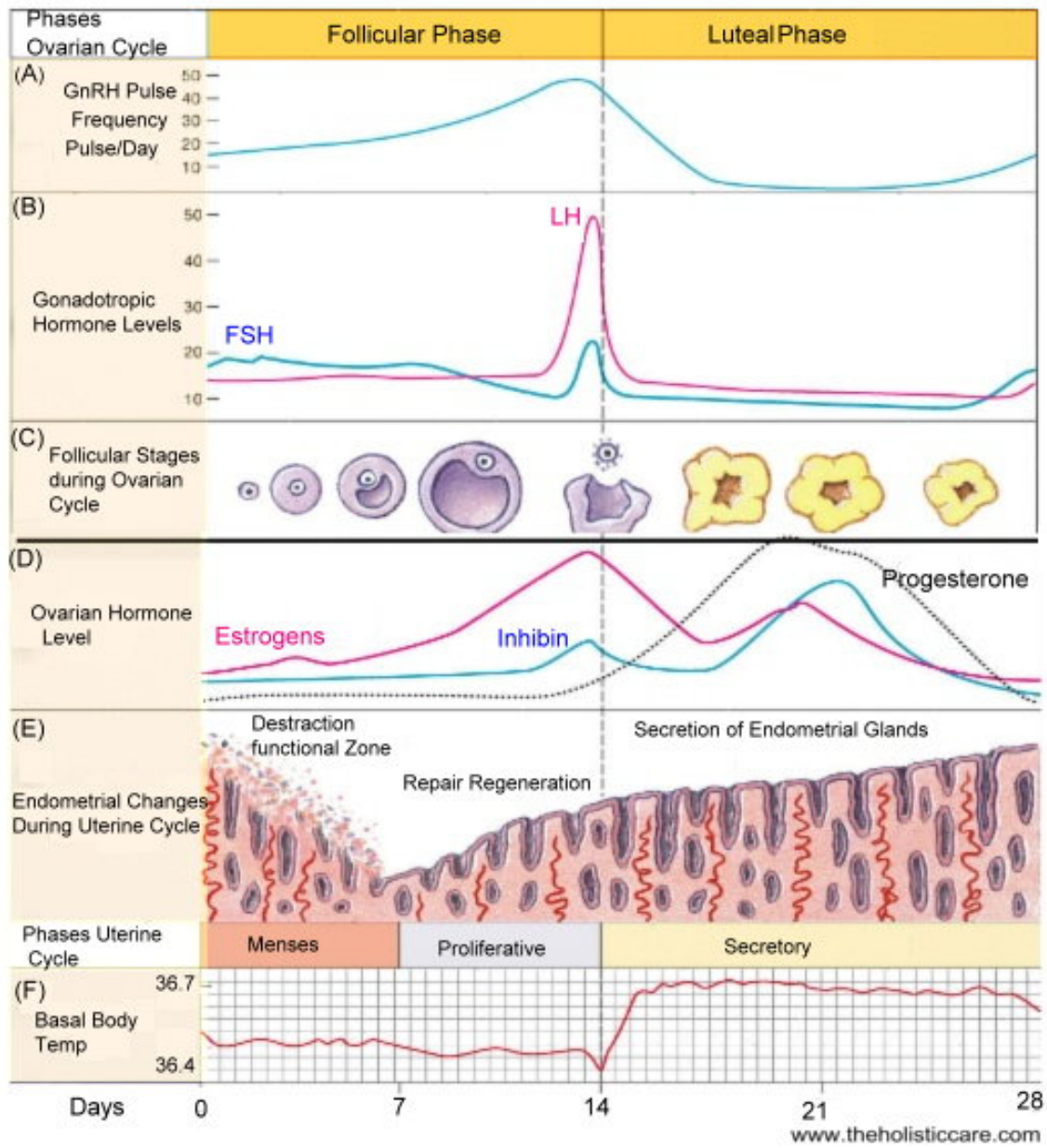
Ternstedt, B-M., & Norberg, A. (2014). Del i livscykelperspektiv. I F. Friberg, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 33-68). Lund: Studentlitteratur.

Wallgren, C & Henricsson, M (2012) Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.482-495) (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.

White, A. J., & Taliaferro, D. (2016). Relationship Between Postmenopausal Women's Successful Aging, Global Self-Esteem, and Sexual Quality of Life. *International Journal of Human Caring*, 20(2)

Bilagor

Bilaga 1



Bilaga 2 Söktabell

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
191010	Amed	Menopause self care		630			
191015	Cinahl	Menopause help nurse		7	1		
191016	Cinahl	Menopausal status AND psychological symptoms AND vasomotor symptoms		13	13	2	0
191020	PubMed	Menopaus AND Knowledge		1963			
191020	PubMed	Menopause AND Knowledge AND Support AND Nursing		108	26	15	0
191021	PubMed	Menopaus AND knowledge AND support AND nursing	review	18	2		
191021	Cinahl	Menopaus Climacteric education Nurse	review	3	2	2	0
191023	SveMed +	Klimakteriet	Peer review Läs online	63	11	1	1 Hvas, A.C.
191028	Cinahl	MH "Menopause+" AND nurse OR nurses OR nursing OR nursing care OR nursing attitudes OR nursing practice	Peer reviewed Publ 1990-2019	152	40	20	9 Andersson, D., et al. Ariyoshi, H. Baird, D. White, A. & Taliaferro, D. Lopes, L et al. Schmalfuss et al. Maher, J.E., & Myatt, K.M. Hoerger, T J., et al. de Lucena Andrade, W., et al.

Bilaga 3 Kvalitetsgranskning av artiklar enligt SBU-mallen

Författare Titel År Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
Debra Andersson, Charlotte Seib, Amanda McGuire & Jaine Porter-Steele. Decreasing menopausal symptoms in women undertaking a web- based multi-modal lifestyle intervention: The Women´s Wellness Program. 2015 Australien	Att testa effektiviteten i The Women´s Wellness program som lades fram på olika sätt för att minska menopausal a symtom	Kvantitativ studie	Kvinnor 40-65 år från storstaden, regioner och från landsbygden.	Att när The Women´s Wellness program användes tillsammans med en riktig sjuksköterska gav det bäst resultat gällande måendet kring menopaus..	Hög
Hiromi Ariyoshi. Evaluation of menopausal interventions at a Japan ese company. 2009 Japan	Utvärdera effekterna av interventioner och sjukskötersk ans roll vid menopausal a symtom hos anställda på ett Japanskt företag.	Undersökni ngar av anställda med hjälp av kvantitativa och kvalitativa metoder.	98 anställda kvinnor och fallstudier av tre kvinnor	Sjukskrivningarna minskade när företaget tog hänsyn till kvinnornas menopausala besvär. Att det var svårt att skilja mellan klimakteriebesvär och psykisk besvär. Viktigt med helhetsbild för att fånga upp kvinnornas besvär. Det krävs mänskliga resurser och omfattande support.	Hög
Donna Baird. Negotiating the maze: the meaning of periomenopaus. 2004 USA	Vad betyder det för en kvinna att uppleva perimenopau s?	Fenomenol ogisk undersökni ngsmetod	3 perimenopausa la kvinnor	Studien visade fem teman: Oförutsägbara symtom; Brist på information; Påverkan av andra; Rädsla för att bli gammal; och Att göra transitionen Sjuksköterskans perspektiv bör vara holistiskt och ha kunskap om ovanstående teman för att kunna stötta kvinnor i klimakteriet.	Medel hög Inte så väl beskrive n metod.

<p>Anna White & Donna Taliaferro.</p> <p>Relationship Between Postmenopausal Women's Successful Aging, Global Self-Esteem, and Sexual Quality of Life</p> <p>2016</p> <p>USA</p>	<p>Förklara förhållandena mellan framgångsrikt åldrande, global självkänsla och sexuell livskvalitet hos postmenopausala kvinnor.</p>	<p>Korrelationsdesign användes för att kvantifiera ett framgångsrikt åldrande med de olika teman här bredvid.</p>	<p>Ett icke-slumpmässigt urval av 99 kvinnor efter menopaus som fullbordat transitionen (Flood, 2005), Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1979) och instrumentet för sexuell livskvalitet (Symonds, Boolell & Quirk, 2005).</p>	<p>En betydande korrelation mellan framgångsrikt åldrande, global självkänsla och sexuell livskvalitet noterades. Framgångsrikt åldrande kvinnor har en mening med livet efter menopaus</p>	<p>Hög</p>
<p>Limeira Lopes, Maria Emalia ; da Costa, Solange Fatima Geraldo ; de Lima Gouveia, Eloise Maria ; Evangelista, Carla Braz ; de Magalhães Oliveira, Amanda Maritsa ; da Costa, Kalina Coeli.</p> <p>Assistance to women in menopause: Speech of nurses.</p> <p>2013</p> <p>Mexico, Sydamerika</p>	<p>Undersöka attityder hos sjuksköterskor som arbetade med kvinnor i menopaus</p>	<p>En explorativ studie med Semistrukturerade studier.</p>	<p>140 sjuksköterskor</p>	<p>Att sjuksköterskorna kunde garantera bra vård, sekretess, respekt för integriteten och bra kunskap för den vård som ges. Dock saknade de sjuksköterskor som hade god kunskap i klimakteriet. Det kom fram att sjukvården satsade mer på kvinnor i den reproduktiva fasen, diabetes, högt blodtryck, gynekologiska problem och kontroller för att förebygga cancer.</p>	<p>Hög</p> <p>The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University from Paraíba, CAAE No. 0037.0.126.000-07.</p>
<p>Moreira Schmalfluss, Joice Dutra Sehnem, Graciela Ressel, Lúcia Beatriz, Dornelles Teixeira, Cáren Marielle.</p> <p>Women's perspective and experiences of</p>	<p>Undersöka kvinnors uppfattningar och erfarenheter av klimakteriet.</p>	<p>Beskrivande, explorativ, kvalitativ undersökning med semistrukturerade intervjuer</p>	<p>10 kvinnor i klimakteriet</p>	<p>Klimakteriet associerades med symtom och kvinnorna använde läkemedel, fysisk aktivitet och stöd från familjen för att handskas med symtomen. Slutsatsen blev att sjuksköterskorna var viktiga för att ge bra hälsoråd så kvinnorna kunde gå igenom denna fas på ett lyckat sätt.</p>	<p>Hög</p>

climacteric 2014 Sydamerika					
Jean E. Maher och Katherine M Myat. The perimenopausal process: a case for advocacy. 1995 Massachusetts, USA	Studien genomfördes för att identifiera de vanligaste problemen i den menopausala processen och upplevelsen av denna process av kvinnorna. Identifiera sjuksköterskans roll.	Enkätstudie	24 kvinnliga sjuksköterskor, 15 40-åringar och 9 50-åringar	Sjuksköterskan måste både ha ett holistiskt förhållningssätt samt stor kunskap, både medicinskt och i förebyggande syfte.	Medel hög Gammal
Hvas, Ann Charlotte. Positive experiences in connection with menopause. 2002 Danmark	Om kvinnor har någon positiv upplevelse av klimakteriet och i så fall av vilken natur?	Kvantativ med kvalitativ analys av materialet.	Frågeformulär skickades till slumpvist valda kvinnor i 51 års åldern.	Lättnaden att inte behöva ha mens, slippa oro för oönskad graviditet och PMS. Möjligheten att utvecklas själv som kvinna och kunna ägna sig åt sina egna krav.	Hög
Thomas J. Hoerger, Kristen E. Downs, Mark C. Lakshmanan, Richard C. Lindrooth, Leo Plouffe, Brett Wendling, Suzanne L. West, Robert L. Ohsfeldt. Healthcare use among U.S. women aged 45 and older: total costs and costs for selected postmenopausal health risks.	I denna studie undersöks tillstånd som hjärt-kärlsjukdom, osteoporos, bröstcancer och gynekologisk cancer gällande kostnader för postmenopausala kvinnor	Undersökte statliga register, Medicarea vgifts-schema.	Kvinnor över 45 som behandlades för de ovan nämnda tillstånden.	Att kostnaderna är höga och att HRT kan minska hjärt- och kärlsjukdomar samt osteoporos	Hög

1999 USA					
<p>Wilkery de Lucena Andrade, Luanna Silva Braga, Ana Paula Dantas Silva Medeiros, Mércia de França Nóbrega Medeiros, Verbena Santos Araújo, Maria Djair Dias</p> <p>Woman in menopause: Information and knowledge about the Quality of care.</p> <p>2010 Brasilien</p>	<p>Att identifiera modifikatione r av postmenopa usala symtom. Att utreda kvaliteten av sjukskötersk ans omvårdnad för de här kvinnorna.</p>	<p>Deskriptiv, explorativ studie med en en kvantitativ inriktning som utgick från primärvård en.</p>	<p>Kvinnor i åldern 40-65 års- åldern fyllde i ett formulär därefter kom en person hem och gjorde intervjuer med dessa kvinnor.</p>	<p>Att det är viktigt att sjuksköterskor utbildar kvinnor i den här åldern om menopausala symtom. Många av kvinnorna fick ingen hjälp över huvud taget.</p>	Hög