

Klimakteriella besvär vanliga bland invandrarkvinnor - positiv attityd till hormonbehandling men få användare

Elizabeth Nedstrand

Ulrika Ekseth

Richard Lindgren

Mats Hammar

Majoriteten av kvinnor i västvärlden upplever vegetativa besvär med blodvallningar och svettningar kring och efter menopaus. En intervju-undersökning av sydamerikanska invandrarkvinnor och åldersmatchade svenska kvinnor i Östergötland visar att de invandrade kvinnorna har besvär av samma slag och i samma utsträckning som de svenska kvinnorna. Invandrarkvinnorna är snarast mer positivt inställda till hormonell substitutionsbehandling men använder däremot sällan sådan behandling. Språkliga svårigheter med relativ social isolering kan tänkas förklara att de i så låg grad har fått behandling insatt.

Elizabeth Nedstrand genomför en forskar-AT, Ulrika Ekseth är AT-läkare, Richard Lindgren med dr, överläkare och Mats Hammar är docent och överläkare alla vid Kvinnokliniken, Hälsouniversitetet i Linköping.

Inledning och bakgrund

Såväl tvärsnittsstudier som prospektiva studier har visat att mellan hälften och tre fjärdedelar av alla kvinnor i västvärlden under någon period kring menopaus upplever så kallade vegetativa besvär (1-3). Dessa besvär yttrar sig som attackvisa värmevallningar, svettningar och ofta samtidig hudrodnad. Objektivt kan påvisas hudtemperaturökning, ökat blodflöde i främst armar och händer, minskad hudkonduktans m m. Urogenitala besvär med torra slemhinnor i vagina, dyspareuni och dysuri rapporteras av 30 till 50% av alla kvinnor (3-5) och brukar debutera några år efter menopaus. Orsaken till symptomen tycks vara fallande östrogenproduktion från ovarierna. Denna sänkta produktion medför, via ännu oklara mekanismer, en ökad labilitet i temperaturregleringscentrum, vilket troligen är orsaken till värmevallningarna och svettningarna. Vidare leder östrogenfallet till minskad stimulering av slemhinnorna i urogenitalområdet med atrofi som följd.

Under perioden kring menopaus inträder ofta förändringar i familjestrukturen och arbetssituationen och risk för arbetslöshet etc. Frågan är huruvida upplevelsen av klimakteriet påverkas av annat än rent fysiologiska mekanismer såsom sociala förändringar, men även av kulturella och eventuellt religiösa förhållanden. Attityden till klimakteriet samt inställningen till hormonell substitutionsbehandling kan också tänkas präglas av sociala, kulturella och religiösa förhållanden. Detta bekräftas i viss mån av att undersökningar utanför Väst-europa som visat att förekomst av besvär runt menopaus skiljer sig mycket åt mellan olika kulturer (6-8).

Avsikten med denna undersökning var att i en jämförelse mellan kvinnor från två kulturer; sydamerikanska invandrarkvinnor bosatta i Sverige och åldersmatchade svenska kvinnor undersöka huruvida förekomst av symptom kring menopaus och attityder till klimakteriet och hormonell substitutionsbehandling skilde sig åt mellan grupperna. Med hjälp av semistrukturerade intervjuer har data insamlats och jämförts mellan grupperna.

Material och metod

I studien inkluderades 53 sydamerikanska kvinnor (SA-gruppen) som invandrat till Sverige, främst från Chile, för mellan ett och 17 år sedan (mediantid 9 år). SA-gruppen rekryterades via en spansk-talande tolk som haft dessa kvinnor som klienter i t ex kontakt med myndigheter, invandrarverk m m. Då invandrarmyndigheterna inte ansåg sig kunna ge uppgifter om länets samtliga registrerade invandrarkvinnor från Sydamerika, nödgades vi använda denna metod för rekrytering och valde att tillfråga samtliga 53 kvinnor som under en avgränsad period tagit kontakt med vår spansk-talande tolk. Fyra av kvinnorna avböjde medan övriga 49 genomgick en semistrukturerad intervju.

Som kontrollgrupp rekryterades en grupp åldersmatchade svenska kvinnor (SV-gruppen) bosatta i Linköping. Uppgifter om dessa kvinnor erhöles från skattemyndighetens befolkningsregister. Via brev beskrevs syftet med studien och kvinnorna inbjöds deltaga. Då en mindre andel kvinnor avböjde skickades ytterligare rekryteringsbrev till en grupp kvinnor så att efter 68 kontakter 48 kvinnor rekryterats. Kvinnorna var mellan 43 och 67 år (median 56 år bland SA-kvinnorna och 57 år bland SV-kvinnorna).

31 av de svenska och 35 av de sydamerikanska kvinnorna hade genomgått en naturlig menopaus, dvs hade upphört menstruera utan att de fått livmoder eller äggstockar bortopererade. 24 svenska kvinnor och 33 sydamerikanska hade genomgått naturlig menopaus utan att därefter haft hormonell substitutionsbehandling.

Intervjun gjordes efter ett standardiserat frågeformulär som var detsamma för båda kvinnogrupperna. Formuläret innehöll 40 frågor rörande bland annat uppväxtförhållanden, utbildning, yrke, motionsvanor, paritet, religionstillhörighet, kroppslängd, vikt, ålder, tidigare gynekologiska operationer, frakturer och tidigare allvarliga sjukdomar. Vidare frågades om ålder vid senaste mens, förekomst av vegetativa och/eller urologiska besvär samt inställning till och erfarenhet av hormonell behandling. Dessutom ställdes frågor om kvinnornas syn på det egna klimakteriet och deras föreställningar om hur andra kvinnor i respektive land uppfattar denna period. Sexualiteten och förändring i samlivsmönstret i samband med klimakteriet diskuterades. De sydamerikanska kvinnorna intervjuades i sina hem eller på invandrarbyrån. En kvinnlig spanskalande tolk deltog i samtliga intervjuer. De svenska kvinnorna intervjuades per telefon eller via personliga möten. Fem av kvinnorna intervjuades vid olika tillfällen av två olika intervjuare med total överensstämmelse i svaren. Jämförelse av resultat mellan två grupper gjordes med hjälp av den icke-parametriska Wilcoxons rangsummetesten eller med hjälp av Chi 2-analys.

Resultat

Bakgrundsdata: I båda grupperna var den genomsnittliga skolgången cirka 9 år. Ungefär var femte kvinna hade akademisk utbildning medan cirka 40% saknade yrkesutbildning i båda grupperna. Dubbelt så många av de svenska kvinnorna hade vårdutbildning jämfört med de sydamerikanska kvinnorna.

Cirka en fjärdedel av SA-gruppen, men ingen i SV-

gruppen var hemarbetande (*tabell 1*). Fler svenskor var pensionerade eller förtidspensionerade ($p < 0.05$). Mellan 10 och 15% i vardera gruppen hade genomgått hysterektomi och/eller bilateral ooforektomi. Tre av de 48 SV-kvinnorna hade behandlats för cancer, alla för mammarcancer medan två av SA-kvinnorna hade behandlats för mammarcancer och två för corpuscancer. Mellan 10 och 15% av kvinnorna hade haft någon fraktur, vanligen radiusfraktur.

Tabell 1. Yrke bland 49 sydamerikanska (SA) kvinnor och 48 svenskor (SV).

Yrke	SA	SV	p-värde
Hemarbete	13	0	$p < 0.01$
Lärare	5	5	NS
Arbete inom sjukvård el social service	4	10	NS
Industriarbete	7	2	NS
Hantverk/sömmerska	7	0	$p < 0.01$
Kontorsarbete	10	20	$p < 0.05$
Sjukskriven	0	0	NS
Pensionerad	3	11	$p < 0.05$

De svenska kvinnorna var signifikant längre (166 cm vs 158 cm $p < 0.001$) medan vikten var densamma i de båda grupperna.

Medianålder för menopaus var 47 år i SA-gruppen och 50 år i SV-gruppen ($P < 0.01$). Menarcheåldern var i båda grupperna drygt 13 år. Såväl antal födda barn som antalet genomgångna legala respektive spontana aborter var signifikant högre ($p < 0.01$) bland de sydamerikanska kvinnorna jämfört med de svenska (*tabell 2*).

Hälften av de svenska kvinnorna hade använt p-piller

Tabell 2. Paritet och aborter bland 49 sydamerikanska (SA) och 47 svenska (SV) kvinnor (en svenska avstod från att besvara denna fråga) kring menopaus.

	SA	SV	p-värde
Paritet			
median (spridn.)	3 (1-13)	2 (0-7)	$p < 0.001$
genomsnitt	4.3	2.1	
Legal aborter			
median (spridn.)	0 (0-6)	0 (0-1)	$p < 0.005$
genomsnitt	0.7	0.1	
Spontana aborter			
median (spridn.)	0 (0-7)	0 (0-3)	$p < 0.005$
genomsnitt	1.0	0.3	

jämfört med endast var fjärde kvinna i SA-gruppen ($P < 0.05$). Två tredjedelar av de svenska kvinnorna hade använt någon form av preventivmedel och samtliga ansåg att man hade rätt att använda sådana. Bland SA-kvinnorna ansåg 15% det otillåtet att använda antikonception och endast 45% av dem hade någonsin använt preventivmedel.

Nästan dubbelt så många (63%) av SV-gruppen motiverade jämfört med SA-gruppen ($P < 0.05$).

Klimakteriella besvär och hormonell behandling

Var tredje sydamerikansk kvinna hade flera måttliga till svåra besvär av blodvällningar och svettningar jämfört med 14% av de svenska kvinnorna (NS). De flesta kvinnorna angav besvär såväl dagtid som nattetid och fördelningen över dygnet var lika i de båda grupperna. Måttliga till svåra vegetativa besvär hade förekommit hos drygt hälften av såväl svenska som sydamerikanska kvinnor med spontan menopaus och som aldrig prövat hormonsubstitution.

Så gott som alla kvinnor hade mödrar, nära släktingar eller bekanta som upplevt klimakteriebesvär varför samtliga var förtrogna med problematiken sedan tidigare. Urogenitala besvär var lika vanliga i båda grupperna (tabell 3). Samtliga svenska kvinnor med vaginala

Tabell 3. Symptom efter menopaus bland 40 sydamerikanska (SA) och 35 svenska (SV) kvinnor. Med "andra symptom" avses oro, sömnstörningar, irritabilitet, muskel- och ledsmärtor eller hjärtklappning.

Symptom	SA	SV	p-värde
Vasomotor symp. någonsin kring menopaus	22/40 (55%)	24/35 (69%)	NS
Vasomotor symp. för närvarande	13/40 (33%)	5/35 (14%)	NS
Måttl-svåra vegetativa besvär för närvarande hos icke-opererade kv utan HRT	12/33 (36%)	5/24 (21%)	NS
Måttl-svåra vegetativa besvär någonsin hos ocke-opererade kv utan HRT	18/33 (55%)	13/24 (54%)	NS
Upprepade urinvägsinfektioner	7/40 (17%)	7/35 (20%)	NS
Vaginala besvär	14/40 (35%)	13/35 (37%)	NS
Dysuri	16/40 (40%)	8/35 (23%)	NS

besvär uppgav att dessa hämmade eller förhindrade samlivet medan endast tre av 14 sydamerikanska kvinnor med sådana besvär angav att dessa påverkade deras samliv.

Två tredjedelar av kvinnorna i SA-gruppen uppgav andra än urogenitala och vasomotoriska besvär kring menopaus (tabell 3). Sådana besvär beskrevs ofta som förknippade med den sociala situationen och i viss mån med isolering i det svenska samhället. Den rådande politiska situationen i samhället i hemlandet vid tiden för emigrationen framfördes i vissa fall som orsak. Endast ca var fjärde svenska rapporterade andra besvär än vasomotoriska eller urogenitala besvär och då oftast humörrubbningar, nedstämdhet m.m.

Cirka tre gånger så många av de postmenopausala kvinnorna (31%) hade pågående behandling med perorala eller transdermala medelpotenta östrogener jämfört med de sydamerikanska ($P < 0.05$). Däremot använde fler sydamerikanska kvinnor (15%) än svenska (6%, NS), lokal vaginal behandling. Omkring var femte sydamerikansk kvinna hade prövat medelpotent (icke "lokal") hormonell behandling efter menopaus jämfört med cirka hälften av de svenska ($P < 0.05$). De som använde behandlingen men upphört hade i genomsnitt använt behandling mellan tre och fyra år.

På frågan om det är vanligt att kvinnor i ens hemland söker medicinsk hjälp för klimakteriebesvär angav 85% i båda grupperna att de trodde detta var vanligt. Beträffande inställning till hormonell behandling var 92% i SA-gruppen positivt inställda jämfört med 56% i SV-gruppen. I SA-gruppen trodde också kvinnorna att deras medsysstrar i hemlandet generellt var mycket positiva till hormonterapi medan tveksamheten bland de svenska kvinnorna var betydligt större till hur de trodde att den generella inställningen till behandling var.

Attityder och förväntningar på klimakteriet

Beträffande attityder och förväntningar om klimakteriet förelåg egentligen ingen skillnad mellan grupperna. Cirka hälften av kvinnorna hade positiva förväntningar, framför allt på att slippa blödningar. Var fjärde kvinna hade negativa förväntningar och övriga rapporterade blandade uppfattningar med såväl positiva som negativa komponenter. När det gällde kvinnornas uppfattning om vad som är den generellt rådande inställningen till klimakteriet trodde var tredje kvinna i SA-gruppen att förväntningarna är negativa jämfört med endast en sjättedel av de svenska kvinnorna. Var tredje kvinna

trodde att den allmänna inställningen var positiv gentemot klimakteriet bland medsystrar i hemlandet. Några tydliga religiösa aspekter på klimakteriet framkom inte i någondera gruppen.

Diskussion

Undersökningen är gjord såsom en semistrukturerad intervjuundersökning där formulären validerats så att fem av kvinnorna intervjuats av två olika intervjuare vid olika tillfällen och exakt samma svar erhöles. Emellertid finns det naturligtvis en risk att sättet varpå frågorna ställes påverkar svaren och att i vissa fall nyanser i kommunikationen ej kunnat förmedlas av tolken. Att tolken var mycket väl förtrogen med den problematik som undersöktes torde emellertid minska sådana risker.

Bortfallet bland de tillfrågade sydamerikanska kvinnorna var obetydligt eftersom över 92% av dem accepterade att delta i studien. Däremot förelåg ett större bortfall bland de svenska kvinnorna där endast dryg 70% av de från början erbjudna kvinnorna deltog i studien. Eftersom ingen bortfallsanalys genomfördes kan de kvinnor som avstod från att delta tänkas ha påverkat resultaten. Dock är förekomsten av symptom bland den grupp svenskor som valde att ingå i undersökningen väl jämförbar med vad vi funnit i tidigare tvärsnittsstudier av kvinnor peri- och postmenopausalt i samma region (3,4) vilket talar emot att bortfallet påverkade resultatet.

En svaghet i undersökningen är att de sydamerikanska kvinnorna inte utvalts slumpmässigt bland alla invandrade kvinnor från Sydamerika. Dock var sekretessskäl orsaken till att en sådan rekrytering inte kunde göras utan samtliga kvinnor som under en tidsperiod varit i kontakt med tolkförmedlingen erbjuds delta. Poängteras skall dock att dessa kontakter inte var föranledda av medicinska behov utan vanligtvis av andra orsaker. Det bör dock betonas att de sydamerikanska invandrarkvinnorna med största säkerhet ej representerar ett slumpvis urval av kvinnor från sitt hemland. Orsaken till utvandringen respektive initiativet att planera och genomföra en sådan genomgripande åtgärd gör dem förvisso till en selekterad grupp. Detta illustreras också av att utbildningsnivån bland de invandrade kvinnorna var åtminstone lika hög som bland de slumpvis utvalda svenska kvinnorna, vilket sannolikt inte skulle gälla vid en generell jämförelse mellan Sydamerika och Sverige. Att kvinnorna behövde tolkhjälp,

trots att de bott många år i Sverige, kan i skenet av deras relativt gedigna skolunderbyggnad vara något anmärkningsvärt.

Jämförelsen mellan kvinnor från två olika kulturer har visat att symptomatologin kring klimakteriet är mycket likartad och förekommer i ungefär samma utsträckning bland sydamerikanska kvinnor som utvandrat till Sverige som bland åldersmatchade svenska kvinnor. Majoriteten av kvinnorna i båda grupperna hade haft vegetativa besvär med blodvallningar och svettningar under åren kring menopaus. Däremot hade procentuellt fler av de sydamerikanska kvinnorna kvarstående måttliga till svåra vegetativa besvär jämfört med svenska, en skillnad som dock inte var statistiskt signifikant. En möjlig förklaring till denna skillnad kan vara att en betydligt större andel av de svenska kvinnorna använde hormonell substitutionsbehandling.

Man har tidigare funnit att fysiskt aktiva kvinnor i mindre utsträckning har vegetativa besvär jämfört med åldersmatchade kvinnor ur en normal population (9). I vår undersökning deltog en större andel av de svenska kvinnorna i regelbunden motion jämfört med de sydamerikanska kvinnorna, något som skulle kunna tänkas bidra till att en större andel av sydamerikanska kvinnor hade pågående vegetativa besvär. En viss östrogenproduktion kvarstår även flera år efter menopaus, framför allt i fettväven där androgener från binjurarna och ovarialstromat omvandlas till östrogen (10). Eftersom de sydamerikanska kvinnorna hade samma kroppsvikt men var kortare än de svenska torde deras totala fettmassa ha varit högre än de svenska kvinnornas och därmed torde de också ha en något högre perifer östrogenbildning än de svenska kvinnorna. Således borde inte skillnader i fettmassa kunna förklara varför de sydamerikanska kvinnorna har mera pågående besvär utan att detta skulle snarast ha givit motsatta effekter. Sammantaget torde därför skillnaden i pågående vegetativa besvär mellan de två grupperna av kvinnor bero på att de svenska kvinnorna i större utsträckning hade pågående östrogenbehandling. När materialet analyseras endast avseende de kvinnor som inte har pågående behandling blev antalet i grupperna så litet att statistisk bedömning inte kunde göras. Dock var fördelningen mellan besvärslösa kvinnor och kvinnor med besvär i de två grupperna ungefär lika med denna analys.

De sydamerikanska kvinnorna hade generellt en betydligt mer positiv inställning till hormonell behand-

ling jämfört med de svenska kvinnorna. Tveksamheten bland de svenska kvinnorna berodde ofta på oro för biverkningar och de signaler man hört om ett eventuellt samband mellan hormonbehandling och brösttumörer.

Mot bakgrund av de sydamerikanska kvinnornas ofta förekommande vegetativa besvär och deras samtidigt positiva inställning till hormonell terapi är det anmärkningsvärt att så få hade fått medicinsk hjälp. Detta kan tänkas bero på svårigheter att i ett främmande land komma i kontakt med sjukvården och dessutom möjligen också på färre relationer till kvinnor i liknande situation. Flera av de sydamerikanska kvinnorna var ju hemarbetande. De svenska kvinnorna uppgav också att de hade fått mycket information om klimakteriet via massmedia och arbetskamrater. Sådan information är givetvis inte lika lättillgänglig för en kvinna som inte talar svenska och som dessutom i större utsträckning är isolerad från andra kvinnor och även i samhället i övrigt. Det är dock viktigt att påpeka att de sydamerikanska kvinnorna trodde att det var vanligt att man i hemlandet sökte hjälp mot klimakteriella besvär och att således inte någon negativ attityd vare sig förelåg hos kvinnorna själva eller generellt hos kvinnor från Sydamerika. Dessutom var problematiken välkänd då de hade såväl mödrar som nära släktingar som fått besvär.

Trots att urogenitala besvär var lika vanliga bland de sydamerikanska kvinnorna angav få av dem att dessa besvär påverkade deras samliv jämfört med de svenska kvinnorna. Orsakerna kan till en del bero på att en större andel av de sydamerikanska kvinnorna hade pågående lokal behandling jämfört med de svenska men möjligen också att invandrarkvinnornas ställning gentemot mannen eventuellt är annorlunda jämfört med de svenska kvinnornas och att invandrarkvinnorna upplever det svårare att ta upp och diskutera samlivsproblem. Förklaringen till att de sydamerikanska kvinnorna i större utsträckning använder lokalbehandling kan vara att denna icke är receptbelagd och att man därför utan direktkontakt med sjukvården kan erhålla sådan behandling. Vidare hade förvisso en större andel av de svenska kvinnorna behandling med medelpotent östrogen vilket ju samtidigt botar de lokala besvärerna.

Sammanfattningsvis visade denna intervju-undersökning av invandrarkvinnor från Sydamerika och

åldersmatchade svenska kvinnor att symptomatologin kring menopausen var ungefär lika vanlig i båda grupperna. Anledningen till att de svenska kvinnorna i större utsträckning hade behandling mot sina besvär torde inte bero på någon kulturell skillnad i inställning till terapi eftersom de sydamerikanska kvinnorna i snarast större utsträckning var positiva till behandling. Inte heller skillnader i social bakgrund torde förklara olikheter i behandlingsmönster eftersom kvinnogrupperna skilde sig mycket lite åt i fråga om skolgång och utbildning. Med största sannolikhet grundar sig olikheterna i användandet av hormonell substitutionsbehandling på att de sydamerikanska kvinnorna inte kommit i kontakt med möjligheten till behandling i Sverige i samma utsträckning som deras svenska medsysstrar. Detta torde dels kunna bero på språksvårigheter men också i någon mån på isolering ifrån kvinnor med liknande problematik. Vid kontakter med invandrarkvinnor kan det därför rekommenderas att diskutera klimakteriebesvär eftersom behandling oftast kan erbjudas och innebära avsevärda generella hälsoeffekter.

REFERENSER

1. Jaszmann L (1976): Epidemiology of the climacteric. Campell S (Ed) the management of the menopause and postmenopausal years. Lancaster: MTP Press, 11-23.
2. McKinlay S M, Brambilla D J, Posner J G (1992): The normal menopause transition. *Maturitas*; 14:103-115.
3. Berg G, Gottvall T, Hammar M, Lindgren R (1988): Climacteric symptoms among women aged 60-62 in Linköping, Sweden, in 1986. *Maturitas*; 10:193-199.
4. Lindgren R, Berg G, Hammar M, Zuccon E (1993): Hormonal Replacement Therapy and Sexuality in a population of Swedish postmenopausal women. *Acta Obstet gynecol Scand*; 72:292-297.
5. Josif C S, Becassy Z (1984): Prevalence of genito-urinary symptoms in the late menopause. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 63:257-260.
6. Wasti S, Robinson S C, Akhtar Y Kahn S, Badaruddin N (1993): Characteristics of menopause in three socioeconomic urban groups in Karachi, Pakistan. *Maturitas*; 16:61-69.
7. Moore B, Kombe H (1991): Climacteric symptoms in a Tanzanian community. *Maturitas*; 13:229-234.
8. Sukwatana P *et al* (1991): Menopausal symptoms among Thai women in Bangkok. *Maturitas*; 13:217-228.
9. Hammar M, Berg G, Lindgren R (1990): Does physical exercise influence the frequency of postmenopausal hot flushes? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*; 69:409-412.
10. Erlik Y, Meldrum D R, Judd H L (1982): Estrogen levels in postmenopausal women with hot flushes. *Obstetrics and Gynecology*; 59:403-407.