



MEDICINSKA FAKULTETEN

Kvinnors upplevelse av sexualitet efter icke-malign hysterektomi - En litteraturstudie

Författare: Malin Crusensvärd, Jessica Erlandsson Larsson

Handledare: Marianne Holmgren

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Våren 2022

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Kvinnors upplevelse av sexualitet efter icke-malign hysterektomi

- En litteraturstudie

Women's experience of sexuality after a non-malignant hysterectomy

- Literature study

Författare: Malin Crusensvärd, Jessica Erlandsson Larsson

Handledare: Marianne Holmgren

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Våren 2022

Abstrakt

Bakgrund: Vid operationer i bäckenet finns det en risk för att sexualiteten blir påverkad. Utifrån kvinnans tidigare erfarenheter, normer och kultur kan synen på sexualitet te sig olika vilket ställer krav på sjuksköterskans roll i att bemöta kvinnan i de sexuella frågorna. **Syfte:** Denna rapport syftar till att belysa kvinnors upplevelse av sexualitet efter icke-malign hysterektomi. **Metod:** Litteraturstudie där nio artiklar har blivit granskade och tre huvudteman kunnat identifieras. **Resultat:** Överlag är kvinnor nöjda med sexualiteten efter utförd hysterektomi, med undantag för kvinnor som har en kulturell, religiös eller känslomässig bild av sin livmoder. **Slutsats:** Genom information på både ett samhällsmässigt- och individuellt plan kan onödig oro som kvinnorna känner elimineras. Sjuksköterskan kan med kunskap kring kvinnors upplevelse möta oro på ett adekvat sätt.

Nyckelord

Sexualitet, Upplevelse, Hystektomi, Kvinnlig identitet, Information

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	2
Sexuell hälsa	3
Sexualitet	4
Hysterektomi	5
Livet efter hysterektomi	5
Sjuksköterskans roll/ansvar	6
Sexuell rådgivning	6
Syfte	7
Metod	8
Urval	8
Datainsamling	8
Dataanalys	10
Forskningsetiska avvägningar	11
Resultat	11
Resultatsammanfattning	11
Myter och sedvänjor kring hysterektomi	12
Pre- och postoperativ Information kring påverkad sexualitet	14
Psykologiska aspekter av hysterektomi	16
Diskussion	18
Diskussion av vald metod	18
Diskussion av framtaget resultat	19
Slutsats och kliniska implikationer	22
Författarnas arbetsfördelning	23
Referenser	24
Bilaga 1 (2)	30
<i>Bilaga 1: Kvalitativ kvalitetsgranskningsmall</i>	30
Bilaga 2 (2)	32
<i>Bilaga 2: Kvantitativ kvalitetsgranskningsmall</i>	32

Introduktion

Problemområde

I slutenvården görs det varje år över 30 000 operationer relaterat till det kvinnliga könsorganet, som kan innefatta allt från livmoder till vulva, utöver de obstetriska operationerna. Kirurgiska ingrepp i bäckenet kan påverka den sexuella funktionen (Helström & Rådestad, 2018). Flera studier visar på att kvinnor inte får tillräckligt med information kring den påverkan som olika ingrepp kan ha på den sexuella hälsan och att sjukvårdspersonal kan känna svårigheter i att bemöta frågor som rör sexualitet (Askew, 2009; Gott et al., 2004; Rasmusson et al., 2013). Det finns även studier som stödjer vikten av patientutbildning vid gynekologiska åkommor (Wills et al., 2021). I Sverige finns det kvinnor som kommer från över 200 olika länder, där andra traditioner, kulturer, religioner med mera, ofta präglar deras synen på sexualitet. Detta är något sjukvårdspersonal behöver bemöta och vara införstådda med (Borgfeldt et al., 2019). Mot bakgrund av ovanstående är det av största vikt att belysa kvinnors upplevelse av sexualitet vid hysterektomi. Genom att sammanställa kvinnans upplevelse av sexualitet efter icke-malign hysterektomi kan sjuksköterskan våga lyfta ämnet sexualitet med patienten både preoperativt och postoperativt.

Bakgrund

Inom gynekologin är vårdpersonalens förhållningssätt till de sexuella frågorna viktiga för patientens upplevelse samt förväntningar av sex efter genomfört ingrepp. Genom att lyssna på och informera kvinnan om eventuellt kommande förändringar i den sexuella funktionen, kan sjuksköterskan både underlätta och påskynda en eventuell process i en positiv riktning (Lalos, 2000). Detta ger patienten bättre möjlighet till bearbetning och acceptans, vilket i sin tur kan leda till en mer positiv kroppsuppfattning (Fram et al., 2013).

Sjuksköterskans uppgift är att kunna identifiera och bedöma patientens egna resurser samt stödja och undervisa patienten och dess närstående. Det huvudsakliga syftet med detta är att främja hälsa och förhindra ohälsa. Omvårdnadsvetenskapen syftar således till att se patienten som unik och lyssna till och bemöta patienten utifrån dennas upplevelser av sin egen hälsa, varvid sjuksköterskan således kan sätta in rätt omvårdnadsåtgärd för just denna individ

(Willman, 2019; Wills et al., 2021). Enligt Hulter och Edberg (2019) är det vanligt att den sexuella lusten avtar vid beskedet om gynekologiska tillstånd som kan komma att kräva kirurgisk behandling, det behövs då ofta tid för bearbetning och sorg. Lusten kan dock återkomma igen och ibland med mer intensitet.

Utifrån Hendersons omvårdnadsteori läggs stor vikt vid sjuksköterskans roll i att hjälpa patienten tillgodose sina egna behov (Gustin & Lindwall, 2017). Sjuksköterskan ska hjälpa patienter genom att agera både som ett fysiskt och psykiskt stöd. Detta gör att det är viktigt att sjuksköterskan, med sin profession och kunskap, bidrar till att patientens vilja, utifrån omständigheter, går att uppfylla (Hulter & Edberg, 2019). Utifrån Sundbeck (2013, kapitel 2) vill människor ha fysisk närhet och sex, då det finns ett grundläggande behov av närhet och njutning, men beroende på vilken fas i livet patienten befinner sig i kan nivån på vad som är viktigt te sig olika (Kirkevold, 2000). Henderson menar att människan har 14 grundläggande behov och utifrån dessa behov kan sjuksköterskan, med en grundbild av patienten som biologisk, psykologisk, social och andlig varelse, utföra en god och säker omvårdnad. Ett grundläggande behov är det mänskliga behovet där Henderson utgått från Maslows behovsteori och menar att människan har ett socialt behov av kärlek, gemenskap och social tillhörighet. Sjuksköterskans interaktion och kommunikation med patienten är också något som Henderson lyfter där sjuksköterskans observation av patientens är i fokus och utifrån patientens reaktion kan sjuksköterskan ta beslut om hur hen kan hjälpa patienten vidare (Gustin & Lindwall, 2017).

Sexuell hälsa

Hälsa kan beskrivas utifrån olika perspektiv. Bland annat kan hälsa definieras som frånvaro av sjukdom, men hälsa kan även definieras som en process och därigenom inte endast frånvaro av sjukdom. Detta sätt att se på hälsa kommer ur ett humanistiskt synsätt. Människan är således betraktad utifrån ett helhetsperspektiv där både kropp, själ och ande tas i beaktning. Hälsa, utifrån detta perspektiv, utforskas även utifrån hur människan ser på sin egen hälsa, hur den upplevs och hur den hanteras i det dagliga livet (Willman, 2019). Hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet där de Förenta Nationerna (FN) belyser att alla människor oavsett ålder, kön eller social ställning har samma rättigheter till sin hälsa och till vård på lika villkor (Sveriges kommuner och regioner, 2021).

Precis som hälsa är en mänsklig rättighet så är även sexuell hälsa en mänsklig rättighet. Med detta menas att alla ska ha rätten till bästa möjliga sexuella hälsa som inkluderar tillgång till hälsovård inom det sexuella och reproduktiva området (Temmerman et al., 2014). Det ska även finnas möjlighet att söka och tillgodogöra sig information om sexualitet, fria val av partners och fysisk integritet. Det är även en rättighet att upprätthålla ett tillfredsställande, säkert och njutbart sexualliv samt att fritt besluta huruvida en själv vill få barn (World Sexual Health [WSH], 2014). I sjuksköterskans arbete kring den sexuella hälsan ingår det att respektera och värna patientens sexuella rättigheter. Detta ställer krav på sjuksköterskans egen inställning till sexualitet, då detta kan vara avgörande i bemötandet av patienten. Den sexuella hälsan påverkas av exempelvis sjukdom, dysfunktion, funktionsnedsättningar, ingrepp, men detta innebär inte att människor med olika tillstånd inte kan känna ett sexuellt välbefinnande (Sundbeck, 2013, kapitel 1).

Sexualitet

Kärlek, tillgivenhet och ömhet är några behov som kopplas till mänskliga relationer, sexualitet är också en del av detta. Sexualitet innefattar enligt WHO (världshälsoorganisationen) bland annat kön, könsidentitet, njutning, reproduktion, intimitet med mera, vilket gör sexualitet till ett svårbestämt begrepp (World Health Organization, 2006). Det finns många aspekter som spelar in i hur människan ser på sin egen sexualitet; uppfostran, religion, kultur, utbildning och så vidare (Roudi et al., 2019). Kvinnans sexualitet har utvecklats med tiden och från att historiskt mestadels ha betraktats som en reproduktiv funktion, har många kvinnor idag gjort anspråk på sin egen lust och njutning; nu för tiden är alltså möjligheten till sexuell njutning ytterligare en aspekt att ha i åtanke vid behandling av olika åkommor (Sundbeck, 2013, kapitel 2). En människas sexualitet kan upplevas och uttryckas på olika sätt, bland annat genom fantasier, tankar, normer, värderingar, önskningar och så vidare, vilket gör sexualiteten personlig. På grund av den personliga faktorn, så kan sexualitet vara ett känsligt ämne och information kring patientens sexualitet kan vara svår för sjuksköterskan att inhämta (Hulter, 2018). För många människor är ett aktivt och givande sexualliv av stor betydelse för livskvaliteten, men det är även viktigt att veta att det finns människor som inte är intresserade av sexuell aktivitet (Hulter, 2018).

Utifrån Bassons cirkel, en cirkulär modell för sexuellt reaktionsmönster hos kvinnor, startar lusten med stimulus, omedvetet, för att sedan gå vidare till att könsorganet svullnar. Kvinnan

blir då medveten om vad som händer och kan då känna. Bassons cirkeln sluts med att kvinnan blir sexuellt tillfredsställd och detta motiverar i sin tur kvinnan sexuellt, så att cirkeln kan börja om igen. Skulle gensvar inte ske, eller om till exempel smärta skulle uppstå, så avbryts cirkeln och lusten försvinner (Basson, 2005). Sexualitet och lust kan beskrivas som en drivkraft som rent biologiskt är förankrat till centrala nervsystemet, men där det biologiska talar om för människan att lust och sexualitet bidrar till fortplantning och överlevnad av vår art (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, 2018).

Hysterektomi

Hysterektomi innebär kirurgiskt avlägsnande av livmodern. Kirurgi i lilla bäckenet kan resultera i nedsatt blodflöde till slidan och svällkropparna i vulva, som i sin tur kan påverka den sexuella funktionen. Detta på grund av att nerverna som styr fyllnaden kan ha blivit skadade under operation (Fram et al., 2013; Helström & Rådestad, 2018). Hysterektomi är den vanligast förekommande större gynekologiska operationen i Sverige, detta på grund av att indikationen för hysterektomi kan vara både benign och malign. Det är framför allt två tillstånd som är vanligare än andra, där indikationen är benign, som kan leda till hysterektomi. Menorragi (blödningsrubbingar) där orsaken är utredd, och behandling med till exempel hormonpreparat eller järntabletter är genomförd utan effekt (Borgfeldt et al., 2019). Myom (muskelknutor) vars symptom är till exempel blödningsrubbing, tryckkänsla, förstoppning och urinträngningar (SFOG, 2009). Vid en hysterektomi på icke-malign grund kan livmodertappen lämnas kvar vilket innebär att hysterektomin blir subtotal. Tas livmodertappen bort tillsammans med livmodern kallas detta för total hysterektomi. Den subtotala tekniken kan enligt Gorlero et al. (2008) vara till kvinnans fördel när det kommer till den sexuella njutningen och kvinnan således bör få ett alternativ att välja om subtotal hysterektomi eller total hysterektomi ska genomföras.

Livet efter hysterektomi

Beroende på av vilken indikation hysterektomin har utförts, så kan livet efter operationen te sig olika. Själva avlägsnandet av livmodern kan ge komplikationer i form av känselnedsättning, men det finns även psykologiska aspekter att ta i beaktande när ett reproduktionsorgan avlägsnas. Kuppermann et al. (2004) visar att kvinnor som hysterektomerats i syfte att bota sin blödningsproblematik ofta upplever förbättrad sexuell

funktion. Peterson et al. (2009) visar emellertid att det krävs ett gott psykiskt välbefinnande hos patienten innan operation för att acceptera förlusten av livmodern efter operation, till exempel kan kvinnan få en förändrad bild av sin kropp och kvinnlighet, vilket kan påverka den sexuella funktionen. Detta kan i sin tur även förändra relationen till en eventuell partner och många kvinnor upplever även en rädsla för att ens partner ska märka att livmodern är borta (Fram et al., 2013).

Sjuksköterskans roll/ansvar

I praktiken kan sjuksköterskan använda Hendersons omvårdnadsteori i bemötandet av den kvinna som står inför ett operativt ingrepp, genom att upplysa och ställa frågor kring kvinnans sexualitet med koppling till kvinnans livskvalitet. Det ingår även i sjuksköterskans ansvarsområde att främja patientens behov och att lösa de eventuella problem som kan tillkomma. Hendersons teori kring grundläggande omvårdnad kan då vara till hjälp i sjuksköterskans arbete (Borgfeldt et al., 2019; Gustin & Lindwall, 2017). För att kunna samtala om sexualitet med patienten, bör sjuksköterskan ha god kunskap om kropp, identitet och relationer, samt våga lyssna, fråga och utreda (Hulter & Edberg, 2019; Wills et al., 2021). Eftersom gynekologisk kirurgi kan ha en inverkan på kvinnans samliv är det sjuksköterskans uppgift att planera den omvårdnad som kan tänkas behövas för att kvinnan ska kunna hantera den nya situationen som eventuellt kan uppstå. Det kan även vara viktigt med uppföljning samt samtalsstöd vid den sorgprocess som kan uppstå efter borttagandet av ett organ och de känslor av exempelvis förlust eller minskat kvinnligt värde som detta kan innebära (Sundbeck, 2013, kapitel 1; Wills et al., 2021).

Sexuell rådgivning

För att kunna tillämpa sexuell rådgivning är det viktigt med en noggrann sexualanamnes, vilket kan vara användbart även om patienten inte söker för sexuella besvär. Sexualanamnes tas innan operation, ingrepp eller undersökning för att få en bild av patientens sexuella situation. Det finns en risk att det patienten söker vård för kan leda till sexuella besvär, eller att sexuella besvär ligger bakom orsaken (Moeglin, 2018, kapitel 4).

Plissit-modellen är en modell som kan tillämpas för att se vem i teamet som besitter kompetens för att hålla i vissa samtal rörande sexuell rådgivning. Den första bokstaven ”P” i modellens namn står för Permission och fokuserar på vikten av en tillåtande hållning och innebär i detta sammanhang att hälso- och sjukvårdspersonal generellt bör vara öppna för frågor som rör sexualitet och sexuell hälsa.

LI (Limited Information), står för begränsad information som bland annat sjuksköterskor kan ge i form av allmän sexualupplysning. SS (Specific Suggestions) kräver i regel mer kunskap kring sexualrådgivning, vilket exempelvis barnmorskor eller specialistutbildade sjuksköterskor kan besitta. IT (Intensive therapy) är sexualterapi som ges av specialutbildad personal med terapeutisk utbildning (SFOG, 2018).

Empati är en av de viktigaste egenskaperna hos personalen som ligger till grund för att skapa en god kontakt med patienten. Inför en medicinsk behandling har patienten rätt till att få information och fakta kring de för- och nackdelar ingreppet kan ha med sig, till exempel påverkan på den sexuella funktionen, biverkningar av medicin som kan komma att användas samt prognos och utveckling av sjukdom när det gäller sexualitet (Sundbeck, 2015, kapitel 2). Forskning visar att kvinnor många gånger upplever att informationen om sexualitet som tilldelas dem i samband med besök inte är tillräcklig, vilket bidrar till att patienten inte upplever sig adekvat informerad och bemött (Askew, 2009; Gott et al., 2004; Rasmusson et al., 2013; Wills et al., 2021). Att prata med kvinnan om sexuella frågor kan vara utmanande för sjuksköterskan. Genom att vara tydlig med kvinnan om varför vissa frågor ställs kan detta hjälpa båda i sammanhanget, till exempel kan sjuksköterskan ställa frågor genom att referera till erfarenheter av andra kvinnors upplevelse (Fram., 2013; Swartling, 2017, kapitel 5; Wills et al., 2021). Sjuksköterskan kan med hjälp av en sammanställning av kvinnors upplevelse av sexualitet efter icke-malign hysterektomi få ökad kunskap, som i sin tur kan underlätta för sjuksköterskan att ge stöd och bemötande i frågor som rör sexualitet. De senaste tio åren har lite forskning fokuserat på detta ämne, vilket innebär att ämnet behöver belysas ytterligare för att följa utvecklingen av både sjukvården men också av samhället.

Syfte

Syftet är att genom en litteraturoversikt belysa kvinnors upplevelse av sexualitet efter icke-malign hysterektomi.

Metod

Urval

Syftet var att belysa kvinnors upplevelser av sexualitet efter icke-malign hysterektomi genom induktiv sammanställning av studier med såväl kvalitativ som kvantitativ metod. Artiklarna var publicerade på engelska, mellan år 2000 och 2022, då sökning i närliggande nutid gav för snävt resultat. Artiklarna som användes gav tillsammans en helhetsbild av syftet. Artiklar som inte uppfyllde de krav som ställts kring etiskt åtagande så som etiskt resonemang och kvalitet exkluderades. Studier om hysterektomi genomförd på malign indikation kom att exkluderas. Detta för att en malign diagnos kan leda till efterbehandling såsom strålning och cytostatika, vilket i sig kan medföra att vaginan blir trång och att slemhinnorna blir sköra som sedan kan skapa problematik kopplat till sexualitet (Borgfeldt et al., 2019). Vid en gynekologisk cancerdiagnos följer även oftast infertilitet och en ändrad självbild, vilken även kan skapa en psykologisk aspekt kring sexualitet (Dobilas, et al., 2021). Studier om hysterektomi på malign indikation som kom med i artikelsökningen sållades bort manuellt i efterhand.

Datainsamling

De sökord som användes är kopplade till kvinnor som genomgått hysterektomi och deras upplevelse av sin sexualitet postoperativt. Både PubMed (tabell 1) och CINAHL (tabell 2) som är databaser för tidskriftsartiklar gav vid sökning ett bra utbud på artiklar, som vid en noggrann genomgång stämde överens med det vi eftersökte. Sökningar gjordes med hjälp av blocksökning och MeSH-termer, som är en ämnesordlista för medicinska termer, tillsammans med booleska-termer, som AND och OR.

Tabell 1: PubMed sökning: 2022-04-07

Sökning	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa Abstract	Lästa i helhet	Granskade	Inkluderade i resultatet
#1	Sexual* OR Reproductive health[MeSH Terms]	344 639	0	0	0	0	0

#2	Hysterectomy[MeSH Terms]	32 840	0	0	0	0	0
#3	Attitudes OR Experience OR Experiences OR Perception OR Perceptions	2 102 225	0	0	0	0	0
#4	#1 AND #2 AND #3	247	0	0	0	0	0
#5	#1 AND #2 AND #3, Filter: 2000-2022, Engelska	143	143	48	21	8	6

Tabell 2: CINAHL: 2022-04-07

Sökning	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa Abstract	Lästa i helhet	Granskade	Inkluderade i resultatet
S1	Sexual* OR Reproductive Health	137 233	0	0	0	0	0
S2	Hysterectomy	13 299	0	0	0	0	0
S3	Attitudes OR experience OR experiences OR perception OR perceptions	812 593	0	0	0	0	0
S4	S1 AND S2 AND S3	143	0	0	0	0	0
S5	S1 AND S2 AND S3, Filter: 2000- 2022, Engelska	106	106	54	25	5	3

Processen av att välja artiklar skedde i flera steg (Kristensson, 2014). Ett första urval kom att ske utifrån titlarnas relevans, därefter lästes abstracts och de studier som inte var relevanta kom att sorteras bort. De resterande studierna lästes i fulltext avseende relevans för studien, i ett sista steg kvalitetsgranskades artiklarna med hjälp av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), granskningsmall för kvalitativa studier samt granskningsmall för randomiserade kontrollerade kvantitativa studier (SBU, 2020). Granskningsmallarna är tagna från SBU då de riktar sig till granskning av metoder i hälso- och sjukvården för att kunna bedöma risken för bias. Resultatet inkluderar således nio studier. Granskningen skedde enskilt för att sedan diskuteras och sammanställas tillsammans.

Artiklarna med högst metodologisk kvalitet, utifrån ett poängsystem (0 - 10) inkluderades i analysen. Poängen 0–3 innebar låg kvalitet, 4–6 medelhög kvalitet och 7–10 rankades som hög kvalitet. Frågorna i granskningsmallarna till både de kvalitativa och de kvantitativa artiklarna gav möjlighet till 2 poäng per rubrik och i granskningsmallen som användes till de kvantitativa artiklarna var detta trots antalet frågor möjligt då en av frågorna inte var relevant för våra studier. De artiklar med lägst kvalitet utifrån poängsystemet exkluderades (Kristensson, 2014). De inkluderade studierna var samtliga etiskt granskade eller etiskt försvarbara.

Dataanalys

En integrerad analysprocess genomfördes av de nio valda artiklarna för att få fram ett sammanvägt resultat (Friberg, 2017). Genom att läsa texterna kunde helheten benas ner till olika tema, därefter skrevs en artikelmatris. Detta gjordes genom att identifiera liknande ämnen i samtliga artiklar där vi kunde se samstämmiga ord och förklaringar. För att kunna formulera tema som speglade kvinnors upplevelser analyserades artiklarnas resultat även utifrån om de innehöll likheter, skillnader eller motstridiga data. Rubrikerna för kategorierna gjordes noga utifrån syftet för att inte innehållet skulle bli för allmänt eller brett. Således kom ämnen som inte svarade mot syftet uteslutas och fokus lades på ämnen som kunde kopplas till syftet. Hela processen har gått ut på att besvara syftet och formulera och svara på problemformuleringen och slutligen kunna landa i en helhetskänsla; en röd tråd (Friberg, 2017).

Forskningsetiska avvägningar

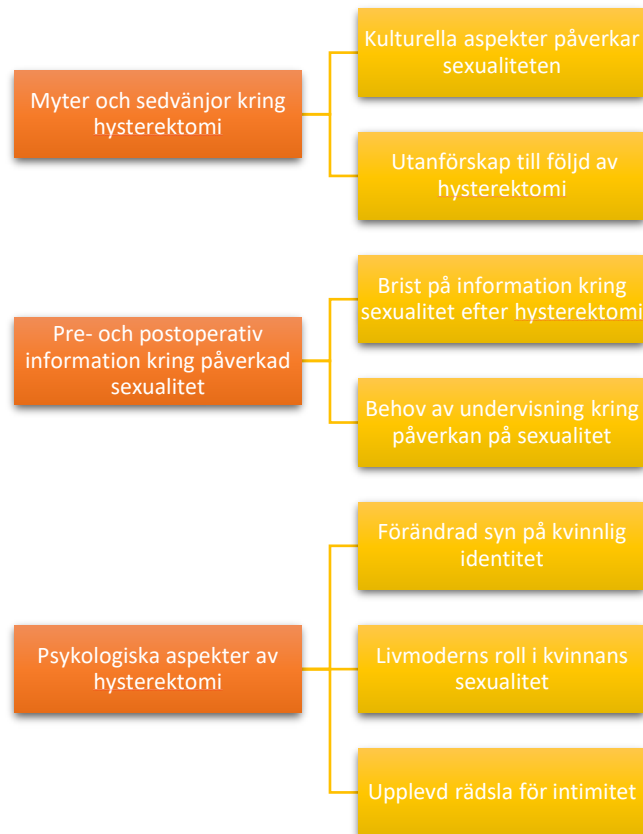
Enbart de artiklar som ansågs etiskt försvarbara, det vill säga som genomgått en etisk granskning eller innehöll etisk diskussion, har inkluderats. För all medicinsk forskning har The World Medical Association (WMA, 2013) utvecklat en deklARATION för etiska principer när det kommer till forskning som inkluderar människor. I dessa principer ingår bland annat att patientens välmående ska gå först och att forskaren ska se till att patientens rättigheter respekteras. Innebörden med forskningen ska vara att förstå orsaker och effekter med sin forskning och att den ska försvarbar i trovärdighet, överförbarhet och kvalitet (WMA, 2013). Denna deklARATION heter HelsingforsdeklARATIONen och används idag som ett internationellt styrdokument där forskningens potentiella nytta ska vägas mot och övervinna de risker patienten utsätts för (Kristensson, 2014). Genom att använda många olika källor med liknande innehåll blir resultatet så precist som möjligt, med en minskad risk för tolkningsfel och förvanskning. I analyseringsfasen skedde hanteringen ur ett forskningsetiskt perspektiv, där fokus har lagts på att inte lägga till eller ta bort fakta, samt noggrannhet vid översättning från engelska (Friberg, 2017).

Resultat

Resultatsammanfattning

Utifrån resultatet har tre huvudtema framkommit, med sammanlagt sju subteman: Myter och sedvänjor kring hysterektomi, *kulturella aspekter påverkar sexualiteten, utanförskap till följd av hysterektomi*; Pre- och postoperativ information kring påverkad sexualitet, *saknad av information kring sexualitet efter hysterektomi, behov av undervisning kring påverkan på sexualiteten* och Psykologiska aspekter av hysterektomi, *Förändrad syn på kvinnlig identitet, livmoderns roll i kvinnans sexualitet, upplevd rädsla för intimitet* (se indelning av huvudtema och subteman i figur 1 nedan).

Figur 1.



Sammantaget visar de flesta av de utvalda artiklarna att kvinnor överlag är nöjda med sitt sexliv och sin sexualitet efter en hysterektomi (Engh et al., 2009; Halmesmäki et al., 2007; Martins et al., 2013; Merighi et al., 2012; Schaffir et al., 2010; Wu et al., 2014). Med detta sagt, är de dock inte utan oro och påverkan av normer, kultur och familjekonstellationer.

Myter och sedvänjor kring hysterektomi

Varje kvinnas upplevelse inför och efter utförd hysterektomi präglas av hur hennes kultur, religion och hur omgivningen ser på och talar om upplevelsen, hur detta påverkar både bilden av henne, både i allmänhetens ögon och hennes självbild (Augustus, 2002; Martins et al., 2013; Merighi et al., 2012; Reis et al., 2008). Myter kring hysterektomi tas upp i samtliga studierna som har inkluderats (Augustus, 2002; Elmir et al., 2012; Engh et al., 2009; Halmesmäki et al., 2007; Martins et al., 2013; Merighi et al., 2012; Reis et al., 2008; Schaffir et al., 2010; Wu et al., 2014). I vissa fall ses myter som den sanna kunskapen istället för det evidensbaserade vetandet, då myterna finns etablerade i kvinnornas direkta närhet och det

evidensbaserade ofta kommer ifrån personer med auktoritet som kvinnorna inte har någon relation till (Augustus, 2002; Martins et al., 2013; Reis et al., 2008; Wu et al., 2014).

Kulturella aspekter påverkar sexualiteten

Kvinnornas upplevelse av sexualitet präglas av vad de har hört eller tror sig vara sant enligt kulturella aspekter, sägner och/eller religion (Augustus, 2002; Martins et al., 2013; Merighi et al., 2012; Reis et al., 2008). Reis et al. (2008) har intervjuat 31 turkiska kvinnor vars liv, samvaro och nära relationer präglas av en muslimsk livsåskådning och de kulturella aspekter som tillkommer. Dessa kvinnor vittnar om familj och vänners uppfattningar om deras sexualitet och liv efter hysterektomin, som ofta är grundade i myter och föreställningar kring att kvinnlighet och sexualitet hänger på att kvinnan i fråga har en livmoder. Augustus (2002) skriver om liknande uppfattningar och upplevelser, men hos afroamerikanska kvinnor med kristen livsåskådning. Dessa kvinnor har sedan barnsben fått höra om "sagan om den gamla kvinnan", som bildat en rädsla att hysterektomin ska påverka sexualiteten, lusten och attraktionen. Detta i sin tur väger så pass tungt att många av kvinnorna väntar med att utföra hysterektomin, trots att de är i behov av den, tills det inte längre finns något annat val.

Martin et al. (2013) genomförde intervjuer på kvinnor i Brasilien och visade att kvinnorna upplevde rädsla för en förändring på de socio-funktionella planen efter operationen på grund av de kulturella aspekterna. De socio-funktionella förändringarna syftar till de myter om förlust av kvinnlighet, sexualitet och sociala roller som operationen medför. Detta efter att de hört från andra kvinnor som genomgått en hysterektomi att sättet de blir sedda på som kvinnor förändras till de negativa när informationen om deras operation nått de närstående och/eller samhället. Det finns även en stark tro på att en kvinna utan livmoder inte kommer att kunna tillfredsställa sin man och mannen kan med det också, i religionens namn eller på grund av de kulturella aspekterna, ha rätt att lämna sin fru (Augustus, 2002; Reis et al., 2008).

Det framkommer att kvinnorna upplever att deras män har föreställningar om hur de kommer att påverkas sexuellt av kvinnans genomförda operation, då de hört myter om att kvinnan känns tom efter hysterektomin (Augustus, 2002; Merighi et al., 2012; Reis et al., 2008). Männens förväntan är att deras gemensamma sexliv kommer att försvinna med att operationen har genomförts, men så även deras fysiska känsla och upplevelse vid sex. Detta är

således ofta förväntningarna och bilden kvinnan också har fått av hur det kommer vara att leva utan livmoder.

Utanförskap till följd av hysterektomi

Kvinnornas bild av operationen och dess efterdyningar bygger enligt resultaten till stor på deras egna föreställningar, så som att livmodern är en del av det som gör en kvinna och är en del av kvinnans sexualitet (Augustus, 2002; Martins et al., 2013; Merighi et al., 2012; Reis et al., 2008). Kvinnorna berättar att de utifrån samhällets syn inte ses som kvinnor eller kvinnliga efter att livmodern har opererats bort. Detta leder till ett utanförskap i samhället, då de nu varken är kvinna eller man utan bara tomma, men också ett utanförskap i familjen (Augustus, 2002; Martins et al., 2013; Reis et al., 2008; Wu et al., 2014;). I studien av Reis et al. (2008) framkom att känslan av förlust stannar kvar hos många kvinnor efter operation. Detta ledde till att många även tog avstånd från sina kvinnliga vänner men även familjemedlemmar på grund av till exempel avundsjuka på deras kvinnlighet. Augustus (2002) lyfter att en del kvinnor kände ett behov av att välja sjukhus långt utanför sitt samhälle för att utföra hysterektomin. Detta för att vetskapen om vad hon hade genomgått inte skulle sprida sig till hennes närstående, då uppfattningen om kvinnan kunde komma att förändras. Det resulterade även i att kvinnorna valde att inte berätta för sina män vad det var för form av operation hon skulle genomföra eller hade genomfört på grund av risken för skilsmässa, vilket kunde leda till utanförskap i samhället eller utanförskap ifrån familj och släkt.

Pre- och postoperativ Information kring påverkad sexualitet

Det framkommer att många kvinnor ställer sig frågan om hur deras liv och sexuella samvaro kommer att se ut efter att livmodern tagits bort, och att de känner en rädsla för det okända, vilket gör tillgången till information så viktig (Augustus, 2002; Martins et al., 2013; Merighi et al., 2012; Reis et al., 2007; Schaffir et al., 2010; Wu et al., 2014). Det finns oftast en föreställning av hur kvinnan mister sexualitet och förmågan att vara kvinna efter en hysterektomi. Samtidigt som det kan finnas en rädsla för informationssökande hos kvinnan som ligger till grund för kunskapsbristen (Reis et al., 2007; Schaffir et al., 2010; Wu et al., 2014).

Saknad av information kring sexualitet efter hysterektomi

Resultatet visar att tillgången till information är viktig då många kvinnor funderar över och söker information via samhället och anhöriga om hur deras liv och sexualitet kommer att se ut (Merighi et al., 2012; Schaffir et al., 2010). Dessutom framkom det att det fanns en rädsla att söka information då de upplevde stigmatisering kring samtal om sexuell funktion efter operationen mellan patient och vårdare. Detta resulterade i att patienten hellre sökte efter svaren på egen hand, vilket ledde till en ofullständig information.

Oavsett anledning till hysterektomi så är kvinnan informationsökande, vilket Elmir et al. (2012) visar i sin studie, där australiensiska kvinnor som genomgått en oplanerad hysterektomi, på grund av postpartumblödningar där deras liv inte skulle gå att rädda utan hysterektomi, intervjuats om deras upplevelse efter operationen. Resultatet visar på att kvinnorna behöver information och stöd i det som hänt samt en trygghet i att sexualitet, kvinnlighet och intimitet inte kom att vara så negativt förändrat som de trodde det skulle vara. Kvinnorna kände en enorm förlust på grund av att de inte fått välja huruvida de ville göra en hysterektomi eller inte, att de inte fått välja infertiliteten som kom med operationen. Detta sätter krav på sjukvårdspersonalens förmåga att informera både pre- och postoperativt så att kunskapsbrist undviks.

Kvinnorna i ett par av de sammanställda studierna kände sig inte trygga med att ta upp frågor rörande upplevelse av sexualitet med sin behandlande läkare eller sjuksköterska (Halmesmäki et al., 2007; Schaffir et al., 2010).

Behov av undervisning kring påverkan på sexualiteten

Genom ett öppnare klimat och ökad undervisning visade några studier på att kvinnan upplevde en större autonomi och delaktighet och att trygghet skapades när frågor ställdes rörande sexualitet (Merighi et al., 2012; Wu et al., 2014). Detta lindrade oron och klargjorde deras tvivel om den sexuella funktionen. Kvinnorna upplevde att genom aktiv undervisning om vad en hysterektomi har för påverkan på kroppen, motverkas många föreställningar som dessa kvinnor burit med sig inför processen som operationen inneburit (Martins et al., 2013; Merighi et al., 2012; Reis et al., 2008; Schaffir et al., 2010; Wu et al., 2014). Martins et al. (2013) och Merighi et al. (2012) visar att ett aktivt undervisande motverkar myter och sedvänjor, vilket leder till ökad kunskap om hysterektomi och dess påverkan på sexualiteten.

Reis et al. (2008), Schaffir et al. (2010) och Wu et al. (2014) har dock funnit att trots undervisning från sjukvården upplevdes det att informationen inte motsvarade kvaliteten på livet efter genomgången hysterektomi.

Psykologiska aspekter av hysterektomi

Det framkom att psykologiska aspekter, så som ångest och oro, om att inte känna sig som en kvinna på grund av förlusten av ett kvinnligt organ, var något som många kvinnor fann väldigt utmanande inför och efter hysterektomin (Augustus, 2002; Elmir et al., 2012; Martin et al., 2013; Reis et al., 2008; Schaffir et al., 2009). Tillika kunde kvinnor även känna en befrielse och lättnad när organet som skapat lidande tas bort. Dessa kvinnor kunde då uppleva en ökad sexuell tillfredsställelse och ökat självförtroende när blödningarna upphört, då det som tidigare orsakat smärta och olust nu är borta. (Augustus, 2002; Engh et al., 2010; Halmesmäki et al., 2007; Martin et al., 2013; Merighi et al., 2012; Wu et al., 2014).

Förändrad syn på kvinnlig identitet

Halmesmäki et al. (2007) visar i sin studie att kvinnornas sexualitet blev bättre efter hysterektomin, då de sexuella problemen försvann, i detta fall var det sexuella problemet menorrhagi. Augustus (2002) visar också att kvinnorna upplever den sexuella njutningen som mer positiv än innan operationen, då deras besvär försvunnit.

Det fanns en genomgående tråd av blandade känslor hos kvinnor som genomgått en hysterektomi (Elmir et al., 2012; Engh et al., 2010; Halmesmäki et al., 2007; Martin et al., 2013; Reis et al., 2008). En tomhetskänsla och psykologiska aspekter kan påverka kvinnans mående, speciellt när hon lever under sociala normer som lagts på henne. Samtidigt som kvinnan kan uppleva en enorm befrielse och lättnad när exempelvis hennes blödningsproblematik avtar eller smärtorna från det växande myomet kommer till ända. Både den psykologiska aspekten och befrielsen kan påverka kvinnans syn på den kvinnliga identiteten och sin sexualitet. Känslan av befrielsen över att inte längre behöva oroa sig för blödningar eller smärta har för många kvinnor gett tillbaka livslusten. Många av dessa kvinnor upplevde även att deras sexuella funktion ökat och att de till och med kan njuta mer av sex efter att deras problematik blivit åtgärdad (Augustus, 2002; Engh et al., 2010; Halmesmäki et al., 2007; Martin et al., 2013; Merighi et al., 2012; Wu et al., 2014).

Livmoderns roll i kvinnans sexualitet

För många kvinnor oavsett ålder upplevs det både socialt och personligt meningsfullt att ha en livmoder (Augustus, 2002; Elmir et al., 2012; Martin et al., 2013; Reis et al., 2008; Schaffir et al., 2009). Studien av Martins et al. (2013) visade på att vissa kvinnor såg livmodern som en symbol för kvinnlighet, fertilitet och moderskap, vilket påverkade synen på kroppen. Det finns även äldre kvinnor som upplever sig ha förlorat sin kvinnlighet efter en hysterektomi, trots att de anser sig vara färdiga med barnafödandet (Martin et al., 2013). Detta kopplade kvinnorna till förlusten av kontroll, att själv välja att inte vilja ha fler barn, men att ändå veta att organet som gör det möjligt att skaffa fler barn finns kvar. Dessutom berättade kvinnorna att ärret från operationen bidrog med en negativ känsla om vad de varit med om. I vissa fall kopplades det även till att de förlorat sin positiva kroppsbild (Elmir et al., 2012). Engh et al. (2010) tar upp skillnaden i den sexuella njutningen och typ av ingrepp som genomförs. Hos de kvinnor som genomgått en subtotal hysterektomi var den sexuella njutningen högre än hos de kvinnor som genomgått en total hysterektomi.

Upplevd rädsla för intimitet

Inför operationen har kvinnorna som lidit av symtom från sin livmoder nämnt oro kring en upplevd rädsla för intimitet, effekten på sin kvinnlighet och sexualitet, men där operationen varit till deras belåtenhet så pass mycket att de helt släppt dessa rädslor efter ingreppet och i stället känt att de fått livet tillbaka (Augustus, 2002; Engh et al., 2010; Halmesmäki et al., 2007; Martin et al., 2013; Merighi et al., 2012; Wu et al., 2014). Genomgående uttrycks det en rädsla för smärta i samband med sexuell penetration och rädsla för intimitet, men även rädsla för en förlust av lust (Augustus, 2002; Elmir et al., 2012; Martin et al., 2013; Reis et al., 2008; Schaffir et al., 2009). Rädsla för intimitet med sin partner tycks redan innan operation vara något som en del kvinnor delar. Rädslan tycks vara överhängande, då den samhällseliga och sociala föreställningen trycker på att kvinnor blir mindre kvinnliga utan sin livmoder (Reis et al., 2008).

Det framkom också att det fanns en rädsla för intimitet, då kvinnorna inte kände sig sexiga eller kvinnliga nog inför sin partner eftersom deras syn på sin kropp hade förändrats efter operationen (Augustus, 2002; Elmir et al., 2012; Martin et al., 2013; Reis et al., 2008; Schaffir

et al., 2009). Här kantas kvinnas vardag av rädsla för att ens partner kommer att lämna henne på grund av hysterektomin.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Utifrån vald metod har resultatet kunnat följa en röd tråd kring kvinnans upplevelse av sexualitet. Genom att på egen hand analysera var och en av artiklarna har resultatet av analyserna kunnat jämföras tillsammans. Detta ökar tillförlitligheten, då triangulering genomförts, så att inte enbart en persons tycke påverkat resultatet (Kristensson, 2014).

Gemensamt beslutades att medelhög till hög kvalitet inkluderades i studien. Inkludering av enbart högkvalitativa artiklar hade varit önskvärt, men på grund av den begränsade andel artiklar som hittades kunde detta inte hållas. Ett uteslutande hade resulterat i för få artiklar att använda i resultatet, vilket i sin tur hade bidragit till att resultatet inte hade varit lämpligt att koppla till hur vården kan förbättras. När analysen skulle genomföras användes befintliga mallar för att inte påverka trovärdigheten eller förvanska viktig information. En av de kvantitativa studierna var inte en randomiserad kontrollerad studie, men samma granskningsmall användes vid bedömning av kvalitet. Då varje fråga poängsattes så kunde kvaliteten hållas, då vissa frågor inte var relevanta och kunde sållas bort (Kristensson, 2014).

Vid försök till avgränsning i syftet gjordes provsökning för att få fram artiklar som fokuserar enbart på kvinnor från västvärlden. Då sökningen gav för få artiklar valdes istället att inkludera alla kvinnor i hela världen. Genom att använda artiklar från olika delar i världen kan bredden av implementering öka, då vi i svensk sjukvård dagligen möter människor från olika kulturer och religioner (Borgfeldt et al., 2019). Detta ger en möjlighet till att upplysa sjuksköterskan om de olika kulturer kvinnorna kan ha med sig efter att ha genomgått en icke-malign hysterektomi. Artiklarna som använts i resultatet har kommit från Australien, Brasilien, Finland, Taiwan, Turkiet, Sverige och USA.

PubMed och CINAHL var databaserna som användes. PubMed användes då denna databas gav flest artiklar, både kvalitativa och kvantitativa och CINAHL användes då denna databas

bidrog med många kvalitativa artiklar. Sökorden som användes syftade till att ge en bredd på antalet artiklar som potentiellt skulle kunna gå att använda utifrån syftet. Med hjälp av bibliotekarie kunde beslut om att använda samma ord i både singular, *experience*, och plural, *experiences* tas. Detta var för att inte sökningen skulle utesluta artiklar där dessa ord var kopplade. Dessa kombinerades sedan med den booleska-termen OR tillsammans med synonymer till dem för att ge ytterligare bredd på sökningen och samtidigt inte utesluta några som var anslutna till dem (Kristensson, 2014). Syftet till att ha fem synonymer gällande upplevelser, attityder eller uppfattning var för att ge en bredd så att sökresultatet skulle inkludera så många kvalitativa artiklar som möjligt. Detta kan ses som en styrka då syftet till studien var att undersöka kvinnans upplevelse av sin sexualitet. *Sexual** gav också möjligheten till att databasen skulle kunna inkludera de ord vars början stämde överens med detta, men där följden kunde vara *function* eller *health* för att bara nämna några exempel. Detta gav sedermera en bredd på hur upplevelsen påverkade kvinnorna. Däremot kan relevanta artiklar ha uteslutits, trots bredden på sökorden och databaser, då de kan ha varit kopplade till andra nyckelord. Likaså har det förekommit artiklar som hade platsat i resultatet, som referenser i böcker eller andra artiklar, men som inte gick att finna i de valda databaserna. Det sistnämnda kunde dock finnas vid bruk av andra nyckelord, men det hade resulterat i färre antal användbara och relevanta artiklar för resultatet (Kristensson, 2014).

Diskussion av framtaget resultat

Några tydliga fynd i resultatet var de kulturella aspekterna som påverkar sexualiteten, behovet av information kring sexualitet och den förändrade synen på kvinnliga identiteten kopplat till hysterektomin.

I resultatet framkom det att kulturen och religionen kan spela roll för hur kvinnan väljer att se på sin identitet och sexualitet (Augustus, 2002; Martins et al., 2013; Merighi et al., 2012; Reis et al., 2008). Det var tydligt att den kulturella aspekten av en operation på ett reproduktionsorgan hade betydande roll för kvinnorna. Kvinnors egen känsla och uppfattning hade många gånger grundats i föreställningar som släktingar, vänner, religion och kultur har gått i god för. I en publicerad studie av Goudarzi et al. (2021) visas iranska kvinnors syn på hysterektomi ur ett religiöst perspektiv där kvinnorna använder sig av sin religion för att stå ut med den förändrade bilden av sig själv som kvinna. Detta är i linje med resultatet, då

kvinnorna tror och lever utifrån de kulturella aspekterna de ägnat sitt liv åt. Kvinnorna söker sig till deras gud för att acceptera att just de blev föremål för en hysterektomi.

Vidare framkom i resultatet att en hysterektomi kan leda till utanförskap i samhället vilket bland annat resulterar i att många kvinnor väljer att inte nämna sin operation för nära och kära (Augustus, 2002; Merighi et al., 2012; Reis et al., 2008). I en studie av Roudi et al. (2019) visas, i linje med resultatet, behovet av att samhället bör informeras kring vad hysterektomi är för slags operation och att den många gånger är nödvändig. Detta för att kvinnor på grund av rädslan för utanförskap kan drabbas av ångest, men med information till både patient, närstående och samhälle kan ytterligare ohälsa hos kvinnorna undvikas. Vidare skriver Roudi et al. (2019) att den information som är nödvändig inte är tillgänglig för alla kvinnor, vilket ger upphov till fortsatt mytbildning. Det visas även att myter, tro och kulturella uppfattningar hålls högre än vetenskaplig information och således finns en rädsla för utanförskap, baserad på ovannämnda aspekter, även i denna studie, vilket är i linje med vårt resultat. Fortsatt beskrivs i Roudi et al. (2019) att en anledning till att informationen inte fanns till förfogande kan bero på att de flesta kvinnorna som deltog i studien var utbildade.

Ett annat viktigt fynd som framkom i resultatet var tillgången till information kring sexualitet efter hysterektomi. I föreliggande studie framkom det att kvinnorna föredrog att söka information hos anhöriga istället för hos sin läkare eller sjuksköterska (Merighi et al., 2012; Schaffir et al., 2010). I både Rasmusson (2008) och Rasmusson (2013) framkommer det att informationen de fått inför ingrepp inte är att likställa med vad de upplevde, men även att den information som kvinnorna fick del av önskades vara både muntlig och skriftlig. Detta går i linje med resultatet, då kvinnorna i flertalet studier upplevde att de ofta fick mindre information än vad de önskat (Merighi et al., 2012; Schaffir et al., 2010; Elimr et al., 2012).

Sjuksköterskan möter människor från olika kulturer i sitt dagliga arbete (Hulter, 2004, kapitel 2). Synen kan skilja sig markant gällande synen på sexualitet, kön och sexuella vanor, men sjuksköterskan ska inte utelämna sexual information på grund av dessa preferenser utan istället möta skilda kulturer och kommunikationshinder på ett respektfullt sätt (Askew, 2009; Gott et al., 2004; Hulter, 2004, kapitel 2; Rasmusson et al., 2013). För den allmänutbildade sjuksköterskan kan Plissit-modellen tillämpas avseende nivå Limited Information (SFOG, 2018).

Grundstenar i god omvårdnad enligt Hendersons omvårdnadsteori är kommunikationen och interaktionen mellan sjuksköterska och patient (Gustin & Lindwall, 2017). Henderson lyfter även fram de kulturella behov patienten kan tänkas ha för att främja omvårdnaden. Till exempel behöver sjuksköterskan hantera hur patienten reagerar efter operationen och hur patienten tar emot information från sjuksköterskan. För att patienten ska kunna ta emot information behöver sjuksköterskan förstå patientens sammanhang och behov.

Genom ett förbättrat gensvar på patienters önskan och tillgång på information, och Hendersons syn på detta som en grundsten, kan vården förbättras och patientupplevelsen bli bättre. Detta kan även ligga till grund för en förbättring där myter om hur kvinnan kommer att påverkas utesluts, då kvinnorna kan bli bemötta med evidensbaserad information istället för den desinformation som kan finnas i deras sammanhang (Augustus, 2002; Halmesmäki et al., 2007; Martins et al., 2013; Merighi et al., 2012; Reis et al., 2008; Wu et al., 2014). Att ha Hendersons syn på sjuksköterskan som resurs för patienten i dennes tanke- och känsloutveckling kan även lindra rädslan som många kvinnor uttryckt för att informationen de ska få kan vara felaktig (Merighi et al., 2012; Schaffir et al., 2010).

Utifrån den kvinnliga identiteten som vi vill lyfta som ett intressant resultat är att kvinnorna i stor utsträckning känner sig mindre kvinnliga på grund av att ett inre organ borttagits (Augustus, 2002; Elmir et al., 2012; Martin et al., 2013; Reis et al., 2008; Schaffir et al., 2009). Kvinnor kan känna sig mindre kvinnliga när bröst opererats bort (Anagnostopoulos et al., 2009), likaså när ett reproduktivt organ tas bort (Augustus, 2002; Elmir et al., 2012; Martin et al., 2013; Reis et al., 2008; Schaffir et al., 2009). Däremot är den kunskapen inte lika etablerad som kunskapen om den förändring mastektomi (borttagande av bröst) innebär. De båda kan spela stor roll när det kommer till självkänslan och självbilden, vilket ökar intresset för de psykologiska besvär som tycks vara överhängande (Anagnostopoulos et al., 2009). Detta skulle kunna handla om faktumet att det är ett reproduktionsorgan som tagits bort, att kvinnan inte längre har möjlighet att bära ett barn eller menstruera. Detta kan vara starkt förknippat med fertilitet och kvinnlig identitet, vilket framgår i resultatet (Elmir et al., 2012). Genom att ta vara på Hendersons omvårdnadsteori om kommunikation kan sjukvårdspersonal bemöta kvinnorna och lindra deras lidande kring exempelvis rädsla för förlust av sexualitet (Gustin & Lindwall, 2017). Anagnostopoulos et al. (2009) belyser kvinnors kroppsbild och självbild efter mastektomi. I den studien framkom det att kvinnorna valde att ta avstånd till andra människor efter operationen. Detta som resultat av den självbild

som uppstått på grund av avundsjuka gentemot andra kvinnliga bekanta som fortfarande har bröstet kvar. På samma sätt beskrivs resultatet av borttagandet av ett organ i föreliggande studie i linje med vårt resultat där Reis et al. (2008) uppger att kvinnor som genomgått hysterektomi tagit avstånd från andra kvinnor. Detta till följd av ilska och avundsjuka vid avsaknaden av ett organ. Likaså upplevde kvinnorna i studien av Goudarzi et al. (2021), som var i linje med vårt resultat, att hysterektomi kan ha en negativ effekt, då många kvinnor upplevde en tomhetskänsla och en rädsla för utanförskap precis som föreliggande studier.

Som framkommit i resultatet så kan det vara viktigt att låta kvinnan själv bestämma vilken typ av hysterektomi som skall utföras, då beslutet kan påverka sexualiteten (Engh et al., 2012). Gorleo et al. (2013) undersöker skillnaden i den sexuella funktionen mellan kvinnor som genomgått en total hysterektomi med kvinnor som genomgått en subtotal hysterektomi. Genom randomisering blev kvinnan tilldelad en operationsmetod och sen fick kvinnorna fylla i ett formulär två veckor efter operationen samt ett år efter operationen. Både vårt resultat och studien av Gorleo et al. (2013) visade att den sexuella tillfredsställelsen var större vid subtotal hysterektomi än vid total hysterektomi. Resultatet visar således att alla kvinnor, oavsett operationsmetod, hade ökat i livskvalitet och sexuell tillfredsställelse. De kvinnor som hade genomfört en subtotal hysterektomi uppvisade en större tillfredsställelse vilket även är i linje med det som framkommer i resultatet (Engh et al., 2010).

Genom att tillge kvinnan information om förändrad sexualitet utifrån operationsmetod skulle kvinnan kunna uppleva en stärkt identitet inför kommande förändring, vilket också hade varit i linje med Hendersons tanke om information som grundsten (Gustin & Lindwall, 2017).

Slutsats och kliniska implikationer

Slutsatsen av litteratursammanställningen är att samhälle, kultur och religion är faktorer som påverkar kvinnors bild av hur borttagandet av livmodern kan påverka livet efter hysterektomi. Dessa faktorer kan bidra till rädsla för utanförskap, både i den nära relationen och annan gemenskap, rädsla för oförmåga till sexuell tillfredsställelse och en försämrad självbild efter borttagandet. Samtidigt vittnar flera kvinnor i dessa artiklar om en positiv utveckling gällande den sexuella upplevelsen, då det som orsakat smärtan eller obehaget tagits bort och ersatts med njutning och lättnad. Förvåningen eller okunskapen om hur effekten skulle bli efter operationen kantades av otillräcklig information. Både utifrån att

kvinnan eller vårdpersonalen inte vågade ta upp frågor kring sexualitet i samtal med varandra, eller att vårdpersonalen inte berättade eller gav tillräckligt med information. Detta bidrog i sin tur till att kvinnan tog vara på den informationen hon kunde få tag i, så som via myter i samhället eller hörsägnar från andra kvinnor som haft liknande erfarenheter.

Tillämpning av Hendersons teori och resultatet av vår studie kan förbättra arbetet med kvinnor som genomgår hysterektomi. Inte minst genom att fokusera på informations-spridning, motarbetning av mytbildning kring hysterektomi och stöttning kring kvinnornas självbilder. Ordentlig information både individuellt och samhällelig kan göra att myter och liknande inte får samma fäste. Således är vårdpersonalens ansvar i informationsgivandet av stor vikt. Genom att besitta tillräckligt med kunskap kring kvinnors upplevelser av sexualitet efter icke-malign hysterektomi kan sjuksköterskan lugna kvinnor i sin oro kring vad en hysterektomi kan resultera i. Där kan denna litteraturstudie bidra till en utveckling om att kunna bemöta dessa kvinnor på ett mer adekvat sätt och även bemöta deras frågor eller föreställningar om hur ett liv utan livmoder kommer att se ut och hur det kommer att påverka dem i deras liv och relationer.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna har på egen hand analyserat data för att gemensamt jämföra den analyserade data och tillsammans sammanställt resultat, diskussion och slutsats.

Referenser

Anagnostopoulos, F., & Myrghianni, S. (2009). Body Image of Greek Breast Cancer Patients Treated with Mastectomy or Breast Conserving* Surgery. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(4), 311-21. DOI: 10.1007/s10880-009-9176-5

Askew, J. (2009). A qualitative comparison of women's attitudes toward hysterectomy and myomectomy. *Health Care for Women International*, 30(8), 728-742. doi: 10.1080/07399330903018427

*Augustus, C. E. (2002). Beliefs and Perceptions of African American Women Who Have Had Hysterectomy. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(4), 296-302. DOI: 10.1177/104365902236704

Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Journal of Applied Mathematics and Computing*, 172(10), 1327-1333.

Borgfeldt, C., Sjöblom, I., Strevens, H., & Wangel, A-M. (2019). *Obstetrik och gynekologi för sjuksköterskor* (uppl. 5). Studentlitteratur.

Dedden, S. J., van Ditshuizen, M. A. E., Theunissen, M., & Maas, J. W. M. (2020). Hysterectomy and sexual (dys)function: An analysis of sexual dysfunction after hysterectomy and a search for predictive factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 247, 80-84. 10.1016/j.ejogrb.2020.01.047

Dobilas, A., Moberg, L., Borgfeldt, C. (2021). Areas to Improve Quality of Life After Ovarian Tumor Surgery and Adjuvant Treatment. *In Vivo*, (35), 2399-2408. doi:10.21873/invivo.12517

*Elimr, R., Jackson, D., Schmied, V., & Wilkes, L. (2012). "Less feminine and less a woman": the impact of unplanned postpartum hysterectomy on women. *International Journal of Childbirth*, 2(1), 51-60. <http://dx.doi.org/10.1891/2156-5287.2.1.51>

*Engh, M. A. E., Jerhamre, K., & Junskog, K. (2010). A randomized trial comparing changes in sexual health and psychological well-being after subtotal and total hysterectomies. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 89(1), 65-70. DOI: 10.3109/00016340903353276

Fram, K. M., Saleh, S. S., & Sumrein, A. I. (2013). Sexuality after hysterectomy at University of Jordan Hospital: a teaching hospital experience. *General Gynecology*, 287, 703-708. 10.1007/s00404-012-2601-2

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (uppl. 3, s. 129-138). Studentlitteratur.

Gorlero, F., Lijoi, D., Baimonti, M., Lorenzi, P., Pullè, A., Dellacasa, I., & Ragni, N. (2008). Hysterectomy and women satisfaction: total versus subtotal technique. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 278, 405-410. 10.1007/s00404-008-0615-6

Gott, M., Galena, E., Hincliff, S., & Elford, H. (2004). "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice*, 21(5), 528-536. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh509>

Gourdarzi, F., Khadivzadeh, T., Ebadi, A., & Babazadeh, R., (2021). Iranian women's self-concept after hysterectomy: a qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(3), 230-237. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_146_20

Gustin, L.W., & Lindwall, L. (2017). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Natur & Kultur.

*Halmesmäki, K., Hurskainen, R., Teperi, J., Grenman, S., Kivelä, A., Kuhansuu, E., Tuppurainen, M., Yliskoski, M., Vourma, S., & Paavonen, J. (2007). The effect of hysterectomy or levonorgestrel-releasing intrauterine system on sexual functioning among women with menorrhagia: a 5-year randomised controlled trial. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(5), 563-568. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2007.01306.x

Helström, L. (2018). *Sexologi ur gynekologisk synvinkel* (rapport nr 80). Svensk förening för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupp för psykosocial obstetrik, gynekologi och sexologi.

Helström, L., & Flöter Rådestad, A. (2018). *Sexologi ur gynekologisk synvinkel* (rapport nr 80). Svensk förening för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupp för psykosocial obstetrik, gynekologi och sexologi.

Hulter, B. (2018). *Sexologi ur gynekologisk synvinkel* (rapport nr 80). Svensk förening för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupp för psykosocial obstetrik, gynekologi och sexologi.

Hulter, B., & Edberg, A-K. (2019). Sexuell hälsa. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.). *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa* (uppl. 3. s. 93-117). Studentlitteratur.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnads teorier – analys och utvärdering* (uppl. 2). Studentlitteratur.

Kuppermann, M., Varner, R. E., Summitt, L. R., Learman, A. L., Ireland, C., Vittinghoff, E., Sterwart, L. A., Lin, F., Richter, E. H., Showstack, j., Hulley, B. S., & Washington, A. E. (2004). Effect of hysterectomy vs medical treatment on health-related quality of life and sexual functioning. The medicin or surgery (Ms) radnomized trial. *American Medical Association*, 291(12), 1447-1455. 10.1001/jama.291.12.1447

Lalos, A. (2000). Samliv och partnerrelation efter gynekologisk cancer. I B. Sorbe, B. Frankendal (Red.). *Gynekologisk onkologi* (s. 394-405). Studentlitteratur.

*Martins, C. L., Pinto, B. K., Soares, M. C., Muniz, R. M., Pickergrill, M. F., & Antonioli, L. (2013). Feminine identity: the representation of the uterus for women undergoing hysterectomy. *Journal of Reserch Fundamental Care on Life*, 5(4), 574-582. DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n4p574

*Merighi, M.A.B., Oliveira, D.M., Jesus, M.C.P., Hoga, L.A.K., & Pedroso, A.G.O. (2012). Experiences and expectations of women submitted to hysterectomy. *Context Nursing*, 21(3), 608-615.

Moeglin, L. (2018). *Sexologi ur gynekologisk synvinkel* (rapport nr 80). Svensk förening för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupp för psykosocial obstetrik, gynekologi och sexologi.

Peterson, D. Z., Rothenberg, M. J., Bilbrey, S., & Heiman, R. J. (2010). Sexual functioning following elective hysterectomy: The role of surgical and psychosocial variables. *Journal of Sex Research*, 47(6), 513-527. <https://doi.org/10.1080/00224490903151366>

Rasmusson, E. -M., & Thomé, B. (2008). Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. *Sexuality and disability*, 26(207), 207 – 218. doi: 10.1007/s11195-008-9097-5

Rasmusson, E. -M., Plantin, L., & Elmerstig, E. (2013). 'Did they think I would understand all that on my own?' A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 22(3), 361-369. <https://doi.org/10.1111/ecc.12039>

*Reis, N., Engin, R., Ingec, M., & Bag, A. B. (2008). A qualitative study: beliefs and attitudes of women undergoing abdominal hysterectomy in Turkey. *International Journal of Gynecological Cancer*, 18(5), 921-928. DOI: 10.1111/j.1525-1438.2007.01153.x

Roudi, O., Tigari, B., Cheraghi, M. A., Neyari, N., & Rayyani, M. (2019). Iranian women's needs in gynecological surgeries "Tender Care": Iranian Women's Needs to Cope with Hysterectomy and Oophorectomy-A Qualitative Content Analysis Study. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 7(1), 63-74.

Rådstad, A. F., Zbikowski, A., Lalos, A., Liebau, C., Hulter B., Eshraghi, B., Göransson, C., Ryding, E. L., Marions, L., Moegelin, L., Helström, L., Nilsson, M., & Cullhed, S. (2018). *Sexologi ur gynekologisk synvinkel* (Nr 80). Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG-rappoa80e5ad4-ba89-4de5-b090->

21c7b64b1e68.pdf?fbclid=IwAR3TMIXQzH5FAfLgWfBu0J2w9yG6oQdUfJLEZLvKJufcx889fF-gcGh3OqE

*Schaffir, J., Fleming, M., & Waddell, V. (2010). Patient perceptions regarding effect of gynecological surgery on sexuality. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 826-831. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01572.x

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2020). *SBU:s Metodbok*.
<https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/#granskningsmall>

Sundbeck, M. (2013). *Sexuell hälsa i vården - en metodbok för sjuksköterskor* (uppl. 1). Studentlitteratur.

Svensk Förening för Obstetrik och gynekologi. (2009). *Hysterekotomi vid icke-malinga tillstånd* (rapport nr 61).

Sveriges kommuner och regioner. (12 oktober 2021). *Folkhälsa - jämlik hälsa*.
<https://skr.se/skr/demokratiledningstyrning/manskligarattigheterjamlighet/folkhalsajamlighals a.35635.html>

Swartling, M. (2017). Sexologisk anamnes och status. I E. Grahm (Red.). *Praktisk sexualmedicin* (s. 85-98). Studentlitteratur

Temmerman, M., Khosola, R., & Say, L. (2014). Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority. *The Lancet*, 384(9941), 30-31.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61190-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61190-9)

Willman, A. (2019). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg, H. Wijk (Red.). *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa* (s. 31-47). Studentlitteratur.

Wills, T. H., Ma, S., Stockwell, E., Pedroso, J., Brotherton, J., Medina, W., & Howard, D. (2021). Developing a visual aid to improve women's knowledge of hysterectomy. *Patient Education and Counseling*, 104(4), 715-719. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.01.008>

World Health Organization [WHO]. (2006). *Defining sexual health*.

<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

World Medical Association [WMA]. (2013). *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* 1964: Reviderad vid 64th WMA General Assembly, Fortaleza, Brazil, Oktober 2013. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

World Association for Sexual Health [WAS]. (2014). *Declarration of Sexual Rights* 1997: Reviderad av WAS Advisory Council, Mars 2014. <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/Declaration-of-Sexual-Rights-2014-plain-text.pdf>

*Wu, S.-M., Lee, H.-L., Yeh, M.-Y., & Che, H.-L. (2014). Reasons for middle-aged women in Taiwan to choose hysterectomy: a qualitative study using the bounded rationality perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3366-3377. doi: 10.1111/joc

Bilaga 1 (2)

Bilaga 1: Kvalitativ kvalitetsgranskningsmall

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämplig
Syfte. Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?				
Urval. Är urvalet relevant?				
Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?				
Är kontexten tydligt beskriven?				
Finns relevant etiskt resonemang?				
Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?				
Datainsamling. Är datainsamlingen tydligt beskriven?				
Är datainsamlingen relevant?				
Råder datamättnad?				
Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?				
Analys. Är analysen tydligt beskriven?				
Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?				
Råder analysmättnad?				
Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?				
Resultat. Är resultatet logiskt?				
Är resultatet begripligt?				
Är resultatet tydligt beskrivet?				

Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?				
Genereras hypotes/teori/modell?				
Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?				
Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?				

Bilaga 2: Kvantitativ kvalitetsgranskningsmall

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
Selektionsbias				
a. Användes en lämplig randomiseringsmetod?				
b. Om studien har använt någon form av begränsning i randomiseringsprocessen (t ex block, strata, minimisering), är skälen till detta adekvata?				
c. Var grupperna sammansatta på ett tillräckligt likartat sätt?				
d. Var grupperna sammansatta på ett tillräckligt likartat sätt?				
Behandlingsbias				
a. Var studiedeltagarna blindade?				
b. Var behandlare/prövare blindade?				
c. Var följsamhet i grupperna acceptabel enligt tillförlitlig dokumentation?				
d. Har deltagarna i övrigt behandlats/exponerats på samma sätt bortsett från interventionen?				
Bedömningsbias (per utfallsmått)				
a. Var utfallsmåttet okänsligt för bedömningsbias?				
b. Var de personer som utvärderade resultaten blindade för vilken intervention som gavs?				
c. Var personerna som utvärderade utfallet opartiska?				
d. Var utfallet definierat på ett lämpligt sätt?				
e. Var utfallet identifierat/diagnostiserat med validerade mätmetoder?				
f. Har utfallet mätts vid optimala tidpunkter?				

g. Var valet av statistiskt mått för rapporterat utfall lämpligt?				
h. Var den analyserade populationen (ITT eller PP) lämplig för den fråga som är föremål för studien?				
Bortfallsbias (per utfallsmått)				
a. Var bortfallet tillfredsställande lågt i förhållande till populationens storlek?				
b. Var bortfallet tillfredsställande lågt i förhållande till storleken på utfallet?				
c. Var bortfallets storlek balanserad mellan grupperna?				
d. Var relevanta baslinjevariabler balanserade mellan de som avbryter sitt deltagande och de som fullföljer studien?				
e. Var den statistiska hanteringen av bortfallet adekvat?				
f. Var orsakerna till bortfallet analyserade?				
Rapporteringsbias				
a. Har studien följt ett i förväg publicerat studieprotokoll?				
b. Angavs vilket/vilka utfallsmått som var primära respektive sekundära?				
c. Redovisades alla i studieprotokollet angivna utfallsmått på ett fullständigt sätt?				
d. Mättes biverkningar/komplikationer på ett systematiskt sätt?				
e. Redovisades enbart utfallsmått som angivits i förväg i studieprotokollet?				
f. Var tidpunkterna för analys angivna i förväg?				
Intressekonfliktbias				
a. Föreligger, baserat på författarnas angivna bindningar och jäv, låg eller obefintlig risk att studiens resultat har påverkats av intressekonflikter?				
b. Föreligger, baserat på uppgifter om studiens finansiering, låg eller obefintlig risk att studien har				

påverkats av en finansiär med ekonomiskt intresse i resultatet?				
C. Föreligger låg eller obefintlig risk för annan form av intressekonflikt (t ex att författarna har utvecklat interventionen)?				