



HÖGSKOLAN  
DALARNA

Akademien för hälsa och samhälle  
Examensarbete inriktning omvårdnad  
Grundnivå II, 15 högskolepoäng  
Ht, 2010

# Kvinnans upplevelse av sin sexualitet efter hysterektomi

**En bortglömd omvårdnadsfråga?**

En systematisk litteraturstudie

Författare

Lovisa Hård

Maria Andersson

Granskare

Maria Forsner

Handledare

Marianne Häggblom

Examinator

Jan Florin



HÖGSKOLAN  
DALARNA

EXAMENSARBETE



HÖGSKOLAN  
DALARNA

Department of Health and Social Sciences  
Essay course- Nursing  
Undergraduate level II, 15 ECTS- credits  
Autumn 2010

# Woman´s experience of her sexuality after hysterectomy

## A forgotten nursing issue?

A systematic literature review

Authors

Lovisa Hård

Maria Andersson

Supervisor

Marianne Häggblom

Reviewer

Maria Forsner

Examiner

Jan Florin



HÖGSKOLAN  
DALARNA

EXAMENSARBETE



HÖGSKOLAN  
DALARNA

### **Högskolan Dalarna**

791 88 Falun

Tel 023-77 80 00

### **Sammanfattning**

Syftet med denna systematiska litteraturstudie var att göra en kunskapsöversikt över vad som framkommit i tidigare forskning om kvinnans upplevelse av sin sexualitet efter genomgången hysterektomi samt vilken omvårdande funktion sjuksköterskan och övrig sjukvårdspersonal hade gällande sexualiteten. Vetenskapliga artiklar till studiens resultat söktes via sökmotorn ELIN@Dalarna samt databaserna CINAHL och PubMed. Totalt användes i resultatet 5 kvalitativa och 14 kvantitativa artiklar och deras kvalitet värderades med hjälp av granskningsmallar. Genom analys av resultatet identifierades elva teman utifrån studiens två frågeställningar som ligger till grund för underrubrikerna i resultatet. Sammanfattningsvis visade resultatet att kvinnors upplevelse av sin sexualitet efter genomgången hysterektomi var individuell och inget generellt kunde sägas om huruvida sexuallivet blev bättre eller sämre efter genomgången hysterektomi. Beträffande sjuksköterskan och övrig sjukvårdspersonals omvårdande funktion visade sig att det fanns stora brister i hur frågor rörande sexualitet angreps. Sjukvårdspersonalen ansåg att dessa frågor var viktiga men många hade en tendens att lägga över ansvaret på någon annan.

Nyckelord: *Hysterektomi, Omvårdnad, Sexualitet, Upplevelser*

Keywords: *Hysterectomy, Nursing, Sexuality, Experiences*

## Innehållsförteckning

## Sammanfattning

## Innehållsförteckning

<b>INTRODUKTION</b>	1
Bakgrund	1
Inledning	1
<i>Hysterektomi</i>	1
<i>Sexualitet</i>	2
<i>Effekter för kvinnans sexualitet efter genomgången hysterektomi</i>	3
<i>Omvårdnad</i>	3
Problemformulering	5
Syfte	5
Frågeställning	5
Definition av centrala begrepp	5
<b>METOD</b>	6
Design	6
Urval av litteratur	6
Inklusionskriterier	7
Exklusionskriterier	8
Tillvägagångssätt	8
Analys	8
Forskningsetiska aspekter	9
<b>RESULTAT</b>	9
Kvinnans upplevelse av sin sexualitet efter genomgången hysterektomi	9
<i>Kvinnors intresse för sexuell aktivitet</i>	9
<i>Lust/Upphetsning</i>	11
<i>Sexuell tillfredställelse</i>	12
<i>Smärta</i>	12
<i>Anatomiska förändringar</i>	13
<i>Lubrikation</i>	13
<i>Självkänsla/Kroppsuppfattning</i>	13
Sjuksköterskan och den övriga sjukvårdspersonalens omvårdande funktion gällande kvinnans sexualitet efter genomgången hysterektomi	14
<i>Kommunikation</i>	14
<i>Information</i>	16
<i>Dokumentation</i>	17
<i>Beröring</i>	17

<b>DISKUSSION</b>	18
<b>Sammanfattning av huvudresultat</b>	18
<b>Resultatdiskussion</b>	18
<b><i>Kvinnans upplevelse av sin sexualitet efter genomgången hysterektomi</i></b>	18
<b><i>Sjuksköterskan och den övriga sjukvårdspersonalens omvårdande funktion gällande kvinnans sexualitet efter genomgången hysterektomi</i></b>	19
<b>Metoddiskussion</b>	21
<b>Slutsats</b>	22
<b>Förslag till vidare forskning</b>	23
<b>Referenslista</b>	24
<b>Bilagor</b>	
<b>Bilaga 1a Granskningsmall för studier med kvantitativ ansats</b>	29
<b>Bilaga 1b Granskningsmall för studier med kvalitativ ansats</b>	30
<b>Bilaga 2 Sammanställning av artiklar som ligger till grund för resultatet</b>	31

# INTRODUKTION

## **Bakgrund**

Denna systematiska litteraturstudies författare har genom tidigare erfarenheter upplevt att sexualitet är ett ämne som sjuksköterskor och övrig sjukvårdspersonal drar sig för att tala med patienter om. Detta trots att det i allra högsta grad är inom ramen för omvårdnad. Vidare enligt Ehnfors (2000) finns sexualitet/reproduktion som ett eget sökord i VIPS (välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet) vilken är den dokumentationsmall sjuksköterskor utgår ifrån när de ska dokumentera omvårdnaden av sina patienter. Tyvärr är detta ett sökord uppsatsförfattarna aldrig sett någon använda. En av uppsatsförfattarna kom även i kontakt med kvinnor som genomgått hysterektomi på en kvinnoklinik i Mellansverige vilket väckte intresse för att göra denna kunskapsöversikt.

## **Inledning**

### ***Hysterektomi***

Självva ordet hysterektomi härstammar från grekiska hysteria och ektomi vilka betyder livmoder respektive utskärning (Lindskog, 1997). År 2000 utfördes cirka 633 000 hysterektomier i USA (Brett & Higgins, 2003). I Storbritannien är detta det vanligaste gynekologiska ingreppet och 1995 genomfördes cirka 65 000 (Andrews, 2005). Här i Sverige genomförs varje år mellan 8000-9000 hysterektomier (Flam, 2008). Hysterektomi innebär att livmodern avlägsnas. I samband med detta ingrepp kan det även bli nödvändigt att övriga genitalier såsom livmodertapp, äggledare och äggstockar tas bort.

Olika ingrepp vid hysterektomi

A, Total abdominal hysterektomi, livmoder och livmoderhals avlägsnas.

B, Total abdominal hysterektomi med bilateralt avlägsnande av äggstock och äggledare.

C, Subtotal hysterektomi, endast livmoder avlägsnas.

D, Radikal hysterektomi (Wertheim's), livmoder, äggledare, livmoderhals och den övre tredjedelen av vagina avlägsnas. Hos äldre avlägsnas även äggstockar

(Andrews, 2005).

Redan för 2000 år sedan nämndes hysterektomi i grekiska skrifter. Däremot fanns inga bevis på att några ingrepp då utfördes. Det tidigaste tecknet på att en hysterektomi verkligen utförts var från tidigt 1500-tal då livmodern ska ha avlägsnats på grund av framfall (Baskett, 2005). Den första radikala hysterektomin på en levande kvinna utfördes i Wien 1898 av en man vid namn Wertheim. På grund av att det under den här tiden inte fanns tillgång till antibiotika, blodtransfusioner och bra anestesi metoder var det inte speciellt många som överlevde en radikal hysterektomi vilket ledde till att Wertheim fick sluta operera (Sorbe & Frankendal, 2000). Dock utvecklades metoden i USA under tidigt 1900-tal och i och med att antibiotika kom och metoderna för anestesi förbättrades ökade antalet framgångsrika operationer. Sedan dess har utvecklingen fortsatt framåt och idag finns en rad olika former av hysterektomi (Sorbe & Frankendal, 2000). Ingreppen kan utföras vaginalt (via vagina), laparoskopiskt (via titthål i buken) och abdominalt/laparatomiskt (bikinisnitt genom buken) (Andrews, 2005). Anledningen till att dessa ingrepp utförs kan vara både godartade och elakartade tillstånd. Till godartade tillstånd hör bland annat blödningsrubbingar, symtomgivande myom (knutor av muskelceller och bindväv) och livmoderframfall (Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi, 2009). Till elakartade tillstånd räknas livmoderhals-, äggstocks- eller livmoderkroppscancer (Sorbe & Frankendal, 2000).

### **Sexualitet**

Sexualitet är ett brett begrepp som är mycket individuellt och skiljer sig från person till person. Många förknippar det med fysiskt sexuella aktiviteter men innefattar så mycket mer. Till exempel används sexualitetens sex R för att definiera begreppet. Dessa står för *Relation, Respekt, Relaxation, Rekreation, Rehabilitering och Reproduktion*.

Sex R som inte nödvändigtvis har med den fysiska sexuella akten att göra (Jahren Kristoffersen, Nordvedt & Skaug, 2005). Sexualiteten är betydelsefull för människans hälsa och Världshälsoorganisationen (WHO) har en egen definition på sexuell hälsa. "Integrering av fysiska, emotionella, intellektuella och sociala aspekter av sexuellt varande på ett sätt som är positivt berikande och som främjar personlig utveckling, kommunikation och kärlek" (Jahren Kristoffersen et al. sid. 41, 2005).

### ***Effekter för kvinnans sexualitet efter hysterektomi***

När det gäller den fysiska delen av kvinnans sexualitet har hormonerna som produceras i äggstockar och binjurar en ren teoretisk betydelse för kvinnans intresse för sexuella aktiviteter (Hulter, 2004). Vidare kan hysterektomi orsaka reducerad lubrikation (fuktighet i kvinnans slida vid sexuell upphetsning) på grund av att de perifera nerverna och blodkärlen påverkas vid ingreppet. Dessutom kan exempelvis urinblåsa och tarmar ta skada. Allt detta sammantaget kan få kvinnan att uppleva negativa effekter av både fysisk och psykisk art beträffande hennes sexualitet. Fysiska i form av till exempel smärta och trängningar samt psykiska i form av att kvinnan får en förändrad kroppsuppfattning och en negativ självbild som i sin tur kan leda till ett minskat intresse för närhet (Meston & Bradford, 2004).

I en studie från USA framkom att majoriteten av kvinnorna som genomgått hysterektomi var i fertil ålder (Brett & Higgins, 2003). Detta skulle kunna vara av betydelse då upplevelsen av att inte längre vara fertil kan vara av en negativ effekt som möjligen även påverkar sexualiteten. Särskilt i de fall kvinnan inte hunnit föda det antal barn hon önskar (Meston & Bradford, 2004).

### **Omvårdnad**

Det finns ingen klar definition på själva begreppet omvårdnad. Dock grundar sig den vetenskapliga ontologin i en syn på människan som en helhet bestående av kropp, själ och ande och det är den värdegrund sjuksköterskan i sin roll som omvårdnadsansvarig arbetar utifrån idag (Wiklund, 2003).

Sexualiteten är en viktig del när det gäller människans hälsa, men också ett ämne som sjuksköterskor och övrig sjukvårdspersonal har svårt att tala om av olika anledningar. Som exempel kan nämnas att personal anser att sexualitet är för privat eller att de känner sig obekväma med att tala om detta ämne (Katz, 2003). Dock är sexuell hälsa en omvårdnadsfråga och därmed en del av sjuksköterskans yrkesprofession vilket American nurses´ Association uppmärksammade redan under tidigt 1970-tal (Gamel, Davis & Hengeveld, 1993). Kommunikation är en grundläggande del i omvårdnaden av patienter. Det handlar om att ge information och att initiera vårdande samtal. Även den sociala interaktionen är viktig. Patienter förväntar sig att sjuksköterskan ska



kommunicera, för det är då sjuksköterskan lär känna sina patienter. Genom samtal kan sjuksköterskan bland annat identifiera behov hos patienten. Kommunikation innefattar inte bara det talade språket utan exempelvis också samtalston, ansiktsuttryck, kroppsspråk och gester (Jirwe, Gerrish & Emami, 2010).

Kirkevold (2000) beskriver olika omvårdnadsteorier och modeller. En av dessa är Travelbees omvårdnadsmodell om omvårdnadens mellanmännsliga aspekter. Denna modell bygger på en interaktion mellan sjukvårdspersonal och patient som måste förstås för att god omvårdnad skall kunna utföras. De begrepp som karakteriserar Travelbees modell är människan, lidande, mening, mänskliga relationer samt kommunikation. Gällande kommunikation menade Travelbee att den var sjuksköterskans viktigaste redskap och uppstod så fort två människor möttes vare sig den var verbal eller icke- verbal. Avsikten med sjukvårdspersonalens kommunikation med patienten var att kunna ta reda på dennes behov och därigenom skaffa kunskap om nödvändiga åtgärder. Vidare menade Travelbee att kommunikation kräver kompetens och utvecklat sinne för "timing" hos sjukvårdspersonalen (Kirkevold, 2000).

Sexualitet är ett ämne som fortfarande är tabubelagt vilket ställer extra höga krav på sjuksköterskan och övrig sjukvårdspersonal när det gäller att kommunicera med patienter i dessa frågor. Det underlättar att sjuksköterskan i sin privata sfär kan kommunicera kring sexuella frågor och har kunskap om andra människors förhållningssätt till sin sexualitet. Vidare måste patienten känna sig trygg i relationen med sjuksköterskan för att det över huvud taget ska finnas en chans till förtroendefulla samtal kring detta ämne (Jahren Kristoffersen et al., 2005)

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor består av tre huvudområden. Dessa är sedan uppdelade i olika delkompetenser. En av dessa delkompetenser handlar om sjuksköterskans bemötande, sätt att kommunicera och ge information vilka i hög grad handlar om omvårdnad. Här ingår också kommunikation och stöd även vid svåra och lite mer utmanande ämnen som till exempel sexualitet. I och med att sjuksköterskan är ett stöd och kommunicerar på ett tillfredställande sätt främjar hon hälsa hos patienten vilket är en annan av de delkompetenser som finns beskrivna i sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005).

## **Problemformulering**

Att genomgå hysterektomi kan leda till negativa effekter av både psykisk och fysisk art när det gäller kvinnans sexualitet. Samtidigt som sexualitet är ett ämne sjuksköterskor och övrig sjukvårdspersonal har svårt att tala om. Därav är av vikt att göra denna kunskapsöversikt.

## **Syfte**

Syftet med denna systematiska litteraturstudie var att göra en kunskapsöversikt över vad som framkommit i tidigare forskning om kvinnans upplevelse av sin sexualitet efter genomgången hysterektomi samt vilken omvårdande funktion sjuksköterskan och övrig sjukvårdspersonal hade gällande sexualiteten.

## **Frågeställning**

- Vad säger forskningen om kvinnans upplevelse av sin sexualitet efter genomgången hysterektomi?

- Vad säger forskningen om sjuksköterskan och övrig sjukvårdspersonals omvårdande funktion gällande kvinnans sexualitet efter genomgången hysterektomi?

## **Definition av centrala begrepp**

En del av denna systematiska litteraturstudie handlade om kvinnans upplevelse av sin sexualitet efter genomgången hysterektomi. Med upplevelser avsågs hur kvinnor upplevde att deras sexualitet påverkats efter ingreppet psykiskt och fysiskt. Det innefattade alltså inte enskilda specifika upplevelser. Andra delen fokuserades på sjuksköterskans omvårdande funktion. Med sjuksköterska avsågs den legitimerade sjuksköterskan. Tidvis förekom i granskade artiklar begrepp som undersköterska, läkare och sjukvårdspersonal. Med undersköterska avsågs person med för yrket adekvat utbildning. Med läkare avsågs den legitimerade läkaren. Begreppet sjukvårdspersonal kunde innefatta sjuksköterskor, läkare och undersköterskor.

## METOD

### Design

Denna studie utfördes som en systematisk litteraturstudie vilket innebär att göra en kunskapsöversikt av redan utförda vetenskapliga studier.

### Urval av litteratur

Underlag till denna systematiska litteraturstudie har sökts via databaserna CINAHL och PubMed samt sökmotorn ELIN@Dalarna. Använda sökord var *communication, conversation, encounter, hysterectomy, nurs\*, nursing, nursing care, sex\*, sexual functioning, sexuality, sexual well being* samt *support* i olika kombinationer, se tabell 1. För att begränsa sökningen på CINAHL markerades rutorna full text och peer reviewed. Årtal begränsades till 1995-2010. På ELIN@Dalarna markerades rutan för endast fulltext i och även där årtalen 1995-2010. Detta för att endast få med vetenskapliga artiklar och sådana som fanns tillgängliga i fulltext. Vidare har sökning utförts manuellt på ELIN@Dalarna och PubMed med hjälp av referenser från studier som framkommit genom ovanstående sökord.

**Tabell 1 Sammanställning av artikelsökning**

Datum	Databas/Sök-motor	Sökord	Antal träffar	Antal valda titlar	Antal valda abstract	Antal valda artiklar
2010-10-06	CINAHL	Hysterectomy	357			
2010-10-06	CINAHL	Hysterectomy AND Sex*	32			
2010-10-06	CINAHL	Hysterectomy AND Sex* AND Nurs*	9	2	1	1
2010-10-06	CINAHL	Hysterectomy AND Sexuality	11	7	6	1
2010-10-06	CINAHL	Hysterectomy AND Encounter	0	0	0	0
2010-10-06	CINAHL	Hysterectomy AND Nursing	31	4	1	0
2010-10-06	CINAHL	Hysterectomy AND Sex* AND Nursing	7	1	0	0
2010-10-06	CINAHL	Sexuality AND Conversation	9	1	1	1
2010-10-06	CINAHL	Sexuality AND Communication	214			
2010-10-06	CINAHL	Sexuality AND	30	2	2	0

		Communication <b>AND</b> Nursing				
2010-10-06	CINAHL	Sexuality <b>AND</b> Support	339			
2010-10-06	CINAHL	Sexuality <b>AND</b> Support <b>AND</b> Nursing	42	2	1	0
2010-10-06	CINAHL	Sexuality <b>AND</b> Sexual well being	3	0	0	0
2010-10-11	CINAHL	Hysterectomy <b>AND</b> Experience	26	2	1	1
2010-10-06	ELIN	Sexuality <b>OCH</b> Nursing care	30	5	2	1
2010-10-06	ELIN	Hysterectomy <b>OCH</b> Sexuality	42	21	13	5
2010-10-06	ELIN	Sexuality <b>OCH</b> Conversation	66	4	3	2
2010-10-06	ELIN	Hysterectomy <b>OCH</b> Sexual well being	2	1	0	0
2010-10-06	ELIN	Hysterectomy <b>OCH</b> Sexual functioning	27	6	5	1
2010-10-06	ELIN	Sexuality <b>OCH</b> Support	661			
2010-10-06	ELIN	Sexuality <b>OCH</b> Support <b>OCH</b> Nursing	54	4	1	0
2010-10-06	ELIN	Sexuality <b>OCH</b> Communication	544			
2010-10-06	ELIN	Sexuality <b>OCH</b> Communication <b>OCH</b> Nursing	30	2	0	0
2010-10-06	ELIN	Manuell sökning utifrån titel: Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy	1	1	1	1
2010-10-06	ELIN	Manuell sökning utifrån titel: The effect of total hysterectomy on specifk sexual sensations	1	1	1	1
2010-10-06	ELIN	Manuell sökning utifrån titel: Hysterectomy and Sexual Functioning	1	1	1	1
2010-10-06	PubMed	Manuell sökning utifrån författare: Roovers Jan- Paul	30	1	1	1
2010-10-06	PubMed	Manuell sökning utifrån titel: Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues	1	1	1	1
2010-10-06	PubMed	Manuell sökning utifrån titel: Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs	1	1	1	1

### Inklusionskriterier

Vetenskapliga artiklar skrivna på svenska och engelska som uppnådde medelhög alternativt hög kvalitet enligt vald granskningsmall. Vidare skulle artiklarna vara

adekvata för uppsatsförfattarnas syfte, etiskt granskade och godkända, tillgängliga i fulltext och utan avgift. Kriteriet för årtal var artiklar publicerade 1995-2010.

### **Exklusionskriterier**

Vetenskapliga artiklar där titel och abstract inte motsvarade studiens syfte samt artiklar belagda med avgift och dubletter. Även artiklar som enligt vald granskningsmall ej uppnådde minimum medelhög kvalitet samt artiklar äldre än 15 år.

### **Tillvägagångssätt**

Artiklar har sökts gemensamt men även var för sig utifrån valda sökord. Därefter har de artiklar vars titel och abstract motsvarade uppsatsförfattarnas syfte och frågeställningar lästs och sedan diskuterats. De artiklar som till sist valdes ut granskades enligt vald granskningsmall av uppsatsförfattarna var för sig. De vetenskapliga artiklar som erhöll medelhög alternativt hög kvalitet analyserades och sammanställdes gemensamt, se bilaga 2. Vid analysen identifierades olika teman vilka ligger till grund för underrubrikerna i resultatet som även det sammanställdes av uppsatsförfattarna gemensamt.

### **Analys**

Artiklar vars abstract överensstämde med syftet och frågeställningar granskades av uppsatsförfattarna var för sig med hjälp av Högskolan Dalarnas modifierade version av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) och Forsberg och Wengströms (2008) granskningsmall för kvalitativa och kvantitativa artiklar, se bilaga 1a och 1b. Dessa mallar innehöll frågor av typen Ja och Nej som berörde artiklarnas innehåll utifrån forskningsprocessen. Efter granskning diskuterades och bedömdes artiklarna gemensamt. De artiklar som bedömdes vara av medelhög alternativt hög kvalitet översattes och sammanställdes, se bilaga 2. Genom analys av valda vetenskapliga artiklars resultat identifierades elva teman som ligger till grund för föreliggande systematiska litteraturstudies resultat. Dessa elva var: *Kvinnans intresse för sexuell aktivitet, Lust/Upphetsning, Sexuell tillfredsställelse, Smärta, Anatomiska förändringar, Lubrikation, Självkänsla/Kroppsuppfattning, Kommunikation, Information, Dokumentation och Beröring.*

.

## **Forskningsetiska aspekter**

Då detta var en systematisk litteraturstudie som baserades enbart på tidigare etiskt granskade och godkända vetenskapliga artiklar krävdes inget godkännande av en etisk kommitté. Däremot var uppsatsförfattarna skyldiga att med kritiska ögon granska de artiklar som var tänkta att presenteras i resultatet. De forskningsetiska aspekter uppsatsförfattarna reflekterade kring var att inte låta personliga värderingar påverka resultatet utan att helt objektivt redovisa det resultat granskat material presenterat.

## **RESULTAT**

Syftet med denna systematiska litteraturstudie var att göra en kunskapsöversikt över vad som framkommit i tidigare forskning om kvinnans upplevelse av sin sexualitet efter genomgången hysterektomi samt vilken omvårdande funktion sjuksköterskan och övrig sjukvårdspersonal hade gällande sexualiteten. Resultatet baserades på 19 vetenskapliga artiklar. Av dessa var 5 kvalitativa och 14 kvantitativa. De länder som representerades i studien var Sverige, Turkiet, USA, Korea, Kroatien, Italien, Storbritannien, Nya Zeeland och Nederländerna. Resultatet redovisades i löpande text under respektive frågeställning och under följande teman: *Kvinnans intresse för sexuell aktivitet, Lust/Upphetsning, Sexuell tillfredsställelse, Smärta, Anatomiska förändringar, Lubrikation, Självkänsla/Kroppsuppfattning, Kommunikation, Information, Dokumentation och Beröring.*

### **Kvinnans upplevelse av sin sexualitet efter genomgången hysterektomi**

#### ***Kvinnans intresse för sexuell aktivitet***

I en studie av Greenwald och McCorkle (2008) utvärderades sexualiteten hos 208 kvinnor med livmoderhalscancer. Dels hos de kvinnor som genomgått hysterektomi, men också hos dem som inte genomgått ingreppet. Beträffande intresset för sexuell aktivitet visade sig att de kvinnor som behandlats med hysterektomi hade större intresse för sexuell aktivitet jämfört med dem som inte genomgick ingreppet. Vidare visade sig att kvinnor med högre inkomst var mer sexuellt aktiva än kvinnor med lägre inkomst. Däremot hade inte ålder eller tidpunkt från diagnos någon nämnvärd betydelse för resultatet. Saini, Kuczynski, Gretz och Sills (2002) jämförde effekterna av subtotal hysterektomi och total abdominal hysterektomi avseende den sexuella funktionen hos 156 kvinnor under 60 år och vilka hade en godartad orsak till ingreppet. Där framkom att

de kvinnor som genomgått total abdominal hysterektomi inte hade samlag lika ofta efter operationen i jämförelse med de kvinnor som genomgått subtotal hysterektomi. I en studie där syftet var att undersöka vilken effekt strålning och kirurgi haft för den sexuella funktionen hos tio kvinnor med livmoderhalscancer var kvinnornas intresse för sexuell aktivitet sämst direkt efter behandling. Detta oberoende av behandlingsmetod. Det låga intresset för sexuell aktivitet fortsatte var lågt en tid efter behandling men trots detta återgick kvinnorna till att ha samlag ungefär lika ofta som innan påbörjad behandling (Flay & Matthews 1995).

Bayram och Sahin (2008) undersökte de psykosexuella effekterna av hysterektomi för 93 kvinnor under 65 år. Innan operationen var alla deltagare i studien sexuellt aktiva. Vid uppföljande intervju tre månader efter operationen visade sig att mindre än hälften av dessa vid tillfället var sexuellt aktiva. Goetsch (2005) undersökte huruvida 105 sexuellt aktiva kvinnor upplevde förändring gällande upphetsning efter förlust av livmoder och livmoderhals. Innan operation hade kvinnorna besvär med blödningar och/eller smärta vilket ledde till att 93 kvinnor avstod från sexuell aktivitet hela tiden eller ofta. Gällande intresset för sexuell aktivitet 18 månader efter operationen uppgav 45 kvinnor att de upplevde ett oförändrat, 33 ett ökat och 27 ett minskat intresse för sexuell aktivitet.

Roovers, van der Bom, van der Vaart och Heintz (2008) jämförde sexuell välbefinnande efter olika hysterektomiingrepp på grund av godartad orsak som givit symtom hos 352 kvinnor. De flesta kvinnorna var sexuellt aktiva både före och efter operationen. Tio kvinnor som var sexuellt aktiva före operationen var det dock inte längre sex månader efter. Vidare var det några kvinnor som inte var sexuellt aktiva före ingreppet men blev det efter.

Rhodes, Kjerulf, Langenberg och Guzinski (1999) undersökte 1132 kvinnors sexuella funktion före och efter att de genomgått hysterektomi på grund av godartad orsak. Totalt sett ökade det sexuella intresset efter ingreppet. Före hysterektomin hade 31 % av kvinnorna samlag mer än fem gånger i månaden. Denna siffra hade ett år efter ingreppet ökat till 43 %. Bukovic´, Silovski, Silovski, Hojsak, Sakic´ och Hrgovic´ (2008) utförde en studie där syftet var att fastställa skillnader i sexuell funktion och kroppsuppfattning mellan olika behandlingsmetoder av äggstockscancer hos 483 kvinnor. Kvinnorna genomgick hysterektomi med bilateral borttagning av äggstockar,

hysterektomi och fick cellgifter eller fick endast cellgifter. Det visade sig att de kvinnor som genomgått hysterektomi med bilateral borttagning av äggstockar värdesatte sexuallivet mest efter avslutad behandling. De kvinnor som minst värdesatte sexuallivet efter avslutad behandling var de som endast fått cellgifter.

### ***Lust/Upphetsning***

Serati, Salvatore, Uccella, Laterza, Cromi, Ghezzi et al. (2009) jämförde kvinnors sexuella funktion efter radikal hysterektomi laparatomiskt eller laparoskopiskt med en kontrollgrupp friska kvinnor. Kvinnorna som genomgick ingreppet hade cervikal cancer i ett tidigt stadium. De kvinnor som genomgick laparoskopisk hysterektomi hade mindre lust och blev mindre upphetsade än de kvinnor som genomgick ingreppet laparatomiskt. Vidare hade både dessa grupper mindre lust och blev mindre upphetsade i jämförelse med den friska kontrollgruppen. Motsatsen framkom i Roovers et al. (2003) där majoriteten av de 413 kvinnorna oberoende av kirurgisk metod uppgav en ökad grad av upphetsning efter genomgången hysterektomi. Likaså i Rhodes et al. (1999) där de kvinnor som före hysterektomin kände sexuell lust en dag eller flera varje vecka ökade från 380 till 544 av sammanlagt 1087 kvinnor 1 år efter ingreppet. Majoriteten av de 75 kvinnorna i Dragisic och Milad (2004) förväntade sig inte någon förändring gällande sexuell lust efter hysterektomin och det visade sig även att den sexuella lusten förblev oförändrad.

I en studie av Schaffir, Fleming och Waddell (2010) där syftet var att identifiera 72 kvinnors funderingar kring sin sexualitet efter att ha genomgått gynekologisk kirurgi trodde 7 av de kvinnor som genomgått hysterektomi att sexlusten skulle minska efter ingreppet. Vidare gällande upphetsning framkom i Goetsch (2005) där 105 kvinnor deltog att 67 kvinnor i den studien upplevde oförändrad, 12 upplevde ökad och 26 upplevde minskad grad av upphetsning efter genomgången hysterektomi. I studien av Saini et al. (2002) där 156 kvinnor deltog uppgav 1 kvinna frånvaro av, 21 kvinnor medelmåttig och 11 kvinnor stark lust innan genomgången subtotal hysterektomi. Av de kvinnor som genomgick total abdominal hysterektomi uppgav 2 kvinnor frånvaro av, 18 medelmåttig och 5 stark lust preoperativt. För majoriteten av kvinnorna i båda dessa grupper var lusten efter ingreppet lika eller bättre jämfört med innan.



### **Sexuell tillfredsställelse**

I studien av Greenwalld och McCorkle (2008) uppgav 91 % av de 208 kvinnorna att de ibland, nästan alltid eller alltid njöt av sexuell aktivitet. Vidare uppgav 19 % att de ibland, nästan alltid eller alltid upplevde spänning och frustration i samband med sexuell aktivitet. Sung och Lim (2009) undersökte faktorer som påverkade sexualiteten hos 118 kvinnor som genomgått hysterektomi i Korea. Där framkom att ju bättre stöd kvinnorna hade från sina män efter ingreppet desto bättre blev deras sexuella tillfredsställelse. Majoriteten av de 75 kvinnorna i Dragisic och Milad (2004) förväntade sig ingen skillnad i styrkan på orgasm postoperativt. Dock uppgav kvinnorna att det ändå blev en viss skillnad. Preoperativt upplevde 12 % av kvinnorna mycket mild eller mild orgasm och 84 % av kvinnorna upplevde relativt stark eller stark orgasm. Postoperativt upplevde 19 % mycket mild eller mild orgasm och 78 % upplevde relativt stark eller stark orgasm. I Rhodes et al (1999) upplevde 63 % av de 1132 kvinnor orgasm preoperativt. Efter 1 år postoperativt var den siffran 72 %. Vidare framkom att 67 % av de kvinnor som inte upplevde orgasm preoperativt fick orgasm efter ett år postoperativt. Även styrkan av orgasm ökade. Nära hälften av de 1132 kvinnorna upplevde stark orgasm preoperativt. Postoperativt efter ett år upplevde drygt hälften av kvinnorna stark orgasm. I Goetsch (2005) uppgav 70 % av de 105 kvinnorna att styrkan av orgasm var densamma, 16 % att den minskat och 14 % att den ökat efter genomgången hysterektomi. Vidare i Serati et al. (2009) hade de kvinnor som genomgick hysterektomi laparatomiskt lättare att få orgasm än de kvinnor som opererades laparoskopiskt. I studien av Saini et al. (2002) där sammanlagt 156 kvinnor deltog uppgav nästan alla av de 33 kvinnor som genomgick subtotal hysterektomi att de upplevde lika eller bättre orgasm postoperativt. Av de 21 kvinnor som genomgick total abdominal hysterektomi och svarade på frågan angående orgasm uppgav drygt hälften att den var lika eller bättre.

### **Smärta**

I studien av Bukovic´et al. (2008) framkom att den sexuella tillfredsställelsen sjönk kraftigt efter avslutad behandling. Detta oberoende av behandlingsmetod. Orsakerna kvinnorna uppgav var nära identiska och visade sig vara rädsla för smärta samt smärta i samband med samlag. Även i Rasmusson och Thomé (2008); Reis et al. (2008) samt Serati et al. (2009) upplevde eller oroade sig kvinnorna för smärta vid samlag efter genomgången hysterektomi. Vidare upplevde de kvinnor som genomgått ingreppet laparoskopiskt mer smärta än de kvinnor som opererats laparatomiskt. Dessutom hade de opererade kvinnorna gemensamt mer smärta än kvinnorna i den friska

kontrollgruppen. Det motsatta framkom i Dragisic och Milad (2004) där kvinnorna uppgav att de hade mindre ont i samband med samlag efter att de genomgått hysterektomi. Detta gällde framför allt kvinnor där orsaken till ingreppet varit bäckensmärtor. Även i Rhodes et al. (1999) hade majoriteten av de 1100 kvinnor som genomgått hysterektomi mindre smärta efter ingreppet. Några få av de kvinnor som inte upplevde smärta samt några som ej var sexuellt aktiva före ingreppet uppgav att de efter hysterektomin varit med om smärtsamma samlag.

### ***Anatomiska förändringar***

I studien av Flay & Matthews (1995) angavs kort/trång vagina vara en faktor som orsakade minskad sexlust. Detta främst bland de kvinnor som behandlades med kirurgi. En kvinna i Ekwall et al. (2003) var också bekymrad över längden på sin vagina. Hon hade fått information om att den var tio centimeter lång. Dock ingen information om hur lång den var före operationen eller hur detta skulle kunna komma att påverka hennes sexualliv. En liknande önskan framkom i Rasmusson och Thomé (2008) där kvinnorna önskade bättre information gällande förändringar av vaginas längd och huruvida vagina kunde bli skör efter ingreppet.

### ***Lubrikation***

De kvinnor i Serati et al. (2009) som genomgått laparatomisk hysterektomi hade förhållandevis mindre lubrikation än kvinnorna i den friska kontrollgruppen. I studien av Roovers et al. (2003) där 413 kvinnor deltog upplevde majoriteten att de hade problem med lubrikationen innan hysterektomi. Postoperativt minskade den siffran avsevärt. På en fråga angående lubrikationsproblem i Rhodes et al. (1999) uppgav 403 av de 1090 kvinnor som svarat att de månaden före hysterektomin aldrig hade några sådana problem. Ett och två år efter ingreppet var det nära hälften av kvinnorna som inte upplevde några problem. De kvinnor som upplevde problem med sin lubrikation var 362 månaden innan ingreppet. Ett år postoperativt påvisades ingen signifikant skillnad, men två år postoperativt hade siffran sjunkit till 328 kvinnor.

### ***Självkänsla/Kroppsuppfattning***

Majoriteten av de elva kvinnorna i Rasmusson och Thomé (2008) berättade att de upplevde en negativ förändring av sina kroppar och att kvinnligheten hade gått förlorad efter operationen. Dessa förändringar syntes inte men var för dessa kvinnor mycket

påtagliga mentalt. En kvinna var dock av en annan uppfattning. Hon kände sig fri och lättad över att ha genomgått operationen. I Bukovic´ et al. (2008) upplevde kvinnorna en förändrad kroppsuppfattning. Dock kände de sig inte vanställda. I studien av Reis et al. (2008) där 483 kvinnor deltog kände sig 92 kvinnor som män efter att ha genomgått hysterektomi. För en kvinna kändes det som att livet var över och hela hennes kvinnlighet var borta.

En kvinna i Ekwall et al. (2003) berättade att hon kände sig alldeles tom inuti efter operationen. Doktorn hade tagit ut precis allt. Vidare i studien av Reis et al. (2008) uppgav 8 av 32 kvinnor att de kände sig som en tom säck. I samma studie uppgav majoriteten av kvinnorna att de var ledsna över att inte kunna få barn men glada över att vara friska. En kvinna uppgav att hon redan fött de barn hon ville. Hade så inte varit fallet hade det dock varit en katastrof. En annan kvinna som inte hade egna barn trodde att hon inte skulle kunna bli gift. Ytterligare en kvinna berättade att maken var arg på henne för att hon inte kunde få barn samt att hennes svärmor och svägerska på grund av detta försökte få hennes man att gifta om sig med någon annan kvinna. De yngre kvinnorna i Rasmusson och Thome´ (2008) berättade att det var en stor förlust och tung börda att bli infertil och veta om att de inte längre kunde bli mödrar.

Majoriteten av de 31 kvinnorna i Reis et al. (2008) oroade sig för att inte kunna tillfredsställa sina män efter operationen. En kvinna var av uppfattningen att samlag var en skapelse av Allah som skapade värme mellan man och kvinna. Fungerade inte sexuallivet drog sig mannen gradvis undan och skilsmässa blev ett faktum. Vidare berättade en kvinna i Rasmusson och Thome´ (2008) att hon var orolig ifall det skulle kännas annorlunda för hennes man vid samlag på grund av tomrummet efter livmodern. I studien av Ekwall et al. (2003) hade en kvinna simulerat sin egen tillfredsställelse av hänsyn till sin partner. Detta hoppades hon skulle bli bättre vilket dock ännu inte hade hänt.

### **Sjuksköterskan och den övriga sjukvårdspersonalens omvårdande funktion gällande kvinnans sexualitet efter genomgången hysterektomi.**

#### ***Kommunikation***

I studien av Ekwall et al. (2003) uppgav kvinnorna att god kommunikation och öppenhet med sjukvårdspersonalen var viktig för dem i återhämtningen efter att ha genomgått

hysterektomi. En god kommunikation fick kvinnorna att känna sig mer självsäkra och delaktiga i den egna vården. Vanliga vardagssamtal med sjuksköterskan och undersköterskan betydde mycket för dem. Kvinnorna uppskattade den respekt och det stöd de fick när det gällde att upprätthålla en så positiv självbild som möjligt. Dock noterade kvinnorna att sjukvårdspersonalen hade svårt att närma sig samtal om sexualitet. Kvinnorna tyckte det var svårt att ta upp ämnet med ansvarig läkare. De ansåg att det hade varit bra om sjuksköterskan ställt frågor om sexuallivet för att på så vis öppna upp för samtal. Generellt sett menade kvinnorna att det inte spelade någon roll vem som talade med dem. Huvudsaken var att inte deras sexualitet och sexuella behov ignorerades. I motsats till detta uttryckte en stor del av kvinnorna i Bukovic´ et al. (2008) inte något behov av samtal gällande sexualiteten efter avslutad behandling.

I en turkisk studie där syftet var att undersöka 571 sjuksköterskors angreppssätt gällande omvårdnad av vuxna patienter framkom att 21 % av dessa preoperativt diskuterat möjligheten till förändrad sexualitet med patienten. Vidare hade 8 % diskuterat sexualitet med en patient som upplevt en förändring gällande sexualiteten. Under de senaste 6 månaderna från utförandet av studien hade 12 % av sjuksköterskorna någon gång informerat patienten om att de fanns tillgängliga ifall de ville diskutera frågor gällande sexualitet. För de patienter som upplevt förändrad sexualitet hade 13 % av sjuksköterskorna vidarebefordrat en kontakt till en specialist gällande sexuell rådgivning (Rana, Kanik, Özcan & Yuzer, 2007). Kvinnorna i Rasmusson och Thome´ (2008) ansåg det var av största vikt att sjukvårdspersonal förvissade sig om att tidpunkten var den rätta innan de tog upp frågor gällande sexualitet och likaså på vilket sätt frågorna utformades. Hälften av de 75 kvinnorna i Dragisic´ och Milad (2004) hade preoperativt diskuterat sexualitet med sin läkare. Av dessa hade fler än hälften själva initierat samtalet.

Stead, Brown, Fallowfeild och Selby (2003) genomförde en studie med syfte att identifiera nivån på den information som sjukvårdspersonalen gav sina patienter samt vilket ytterligare utbildningsbehov sjukvårdspersonalen hade. Deltagarna var 16 läkare och 27 sjuksköterskor. Vidare undersöktes kvinnliga patienters upplevelser av den information gällande sexualitet de erhöll av sjukvårdspersonalen. Resultatet visade att alla utom en av sjukvårdspersonalen ansåg att sexuella frågor skulle lyftas med patienten. Fem läkare och sex sjuksköterskor trodde att de personligen skulle diskutera dessa frågor med patienten. Övriga ansåg att det var någon annans skyldighet.

Sjukvårdspersonalen upplevde det lättare att samtala med yngre patienter om sexualitet. De uppgav att ämnet var lätt att undvika trots en medvetenhet om att behovet fanns. De menade även att ett stort självförtroende krävdes. Exempel på orsaker till varför ämnet lätt undveks angavs vara att det var för generande och privat samt brist på tid, kunskap och erfarenhet. Beträffande de 15 kvinnliga patienter som deltog i studien ansåg 9 att sexuella frågor skulle diskuteras i de fall sjukvårdspersonal initierade dessa. En kvinna undrade hur hon som patient skulle kunna veta ifall hon hade några problem innan hon kommit hem från sjukhuset och hur hon då själv skulle kunna lyfta frågor rörande detta. För fem kvinnor i samma studie spelade det ingen roll huruvida det var en man eller kvinna som tog initiativ till samtal om sexuell aktivitet. Sex kvinnor föredrog en kvinna att samtala med. Nio kvinnor ansåg att sjukvårdspersonalens ålder inte hade någon betydelse. Dock föredrog två kvinnor att samtala med någon äldre.

Saunamäki, Andersson och Engström (2010) beskrev 88 sjuksköterskors tankar och attityder när det gällde att diskutera sexualitet med patienter. De äldre sjuksköterskorna kände sig mer säkra i sin förmåga att tala med patienter angående sexualitet. Cirka två tredjedelar av deltagarna i studien kände sig bekväma med att diskutera sexuella frågor med patienter och höll även med om att det var sjuksköterskans ansvar att uppmuntra patienterna att tala om detta. Dock upplevde ungefär lika många en osäkerhet angående sin förmåga att bemöta patienters frågor gällande sexuella problem. De flesta av sjuksköterskorna tog sig inte tid att bemöta patienters sexuella funderingar.

### **Information**

I studien av Rasmusson och Thomé (2008) hade kvinnorna en stark önskan om att få information och kunskap angående sexuella frågor både verbalt och skriftligt. Några av kvinnorna såg helst att läkaren samtalade om detta. Andra ansåg dock inte att titeln var det viktigaste utan att personen i fråga hade den kompetens som krävdes. Vidare ansåg kvinnorna det var värdefullt att sjukvårdspersonalen visste när det var lämpligt att ge informationen. Tidpunkten när kvinnorna ansåg det lämpligt att få information varierade mycket vilket ställde höga krav på sjukvårdspersonalen. Även hur informationen gavs var av stor vikt. Förtroende, förmåga att lyssna och kompetens var tre viktiga aspekter som flera kvinnor nämnde. När det gällde förtroendet var personalens tidsbrist dock ett hinder som försvårade processen att bygga upp en bra vårdrelation. Kvinnorna i Ekwall

et al. (2003) önskade få fortlöpande information angående sitt hälsotillstånd. De ville inte att någon form av information skulle undanhållas dem. Kvinnorna var väl medvetna om att de inte kunde få exakt information gällande utgången av operationen, men allt som läkaren visste ville även de veta. En välbalanserad information med ett litet utrymme för hopp ansågs vara det ideala. En kvinna ansåg att den information hon hade fått efter sitt ingrepp var alldeles för klinisk. Hon hade önskat en enklare information där hon fått alla tänkbara problem förklarade för sig utifrån sin egen kunskapsnivå utan medicinska termer. Ingen av de 15 kvinnliga patienterna i Stead et al. (2003) hade fått någon skriftlig information, och endast 2 hade fått en kort verbal information angående sexualitet. Kvinnorna trodde att skriftlig information med en namngiven kontaktperson och telefonnummer dit kvinnorna kunde vända sig för att få råd i sexuella frågor skulle vara till stor hjälp. Vidare önskade majoriteten av de kvinnliga patienterna att även muntlig information skulle ges.

### ***Dokumentation***

I studien av Rana et al. (2007) framkom att 103 av de 571 sjuksköterskorna i studien någon gång underlåtit att dokumentera omvårdnadsdiagnosen förändrad sexualitet trots att den varit adekvat. Vidare uppgav 51 av sjuksköterskorna att de någon gång skrivit omvårdnadsdiagnosen förändrad sexualitet då de upprättat en omvårdnadsplan.

### ***Beröring***

Fleming (2003) beskrev en kvinnas upplevelse av att genomgå hysterektomi. Den kvinnan såg inte fram emot all den beröring omvårdnaden i samband med hennes operation skulle innebära. Postoperativt var maken mycket överraskad över hur kvinnan hanterade detta. Beröring hade istället blivit viktigt för henne. I en av intervjuerna postoperativt berättade kvinnan själv om hennes behov av beröring. Kvinnan berättade att hon andra dagen efter operationen känt sig ledsen och att sjuksköterskan då börjat med reflexologi vilket hon upplevde som mycket välgörande. Därefter fick hon massage vilket också blev en mycket positiv upplevelse. Kvinnan som tidigare inte alls uppskattat beröring hade nu istället ett stort behov av beröring.

# DISKUSSION

## Sammanfattning av huvudresultaten

Syftet med föreliggande systematiska litteraturstudie var att göra en kunskapsöversikt över vad som framkommit i tidigare forskning om kvinnans upplevelse av sin sexualitet efter genomgången hysterektomi samt vilken omvårdande funktion sjuksköterskan och övrig sjukvårdspersonal hade gällande sexualiteten. Beträffande kvinnans upplevelser av sin sexualitet visade samtliga bearbetade artiklar mer eller mindre olika resultat. Generellt sett i Greenwald och McCorkle (2008); Rhodes et al. (1999); Roovers et al. (2003) samt Saini et al. (2002) var resultatet avseende kvinnans sexualliv övervägande positivt. Motsatsen framkom i Bayram och Sahin (2008); Flay och Matthews (1995) samt Serati et al. (2009) där resultatet istället var övervägande negativt för kvinnorna. Dragisic och Milad (2004) och Goetsch (2005) kom fram till ett resultat utan signifikant skillnad för kvinnornas sexualliv före och efter genomgången hysterektomi. Beträffande sjuksköterskan och övrig sjukvårdspersonals omvårdande funktion framkom även där olika resultat. Kvinnorna i Ekwall (2003) ansåg att en god kommunikation och information var mycket viktig för återhämtningen, delaktigheten och självsäkerheten. En mening som kvinnorna i Bukovic´ et al. (2008) inte alls delade. Gällande sjuksköterskan och den övriga sjukvårdspersonalens förmåga att angripa frågor rörande sexualitet framkom stora brister (Dragisic och Milad, 2004; Rana et al., 2007; Saunamäki et al., 2010 och Stead et al., 2003)

## Resultatdiskussion

### ***Kvinnans upplevelse av sin sexualitet efter genomgången hysterektomi***

Enligt Hulter (2004) samt Meston och Bradford (2004) finns fysiska orsaker vilka rent teoretiskt skulle kunna påverka kvinnans lust och tillfredsställelse i negativ bemärkelse efter genomgången hysterektomi. Flera artiklar i föreliggande systematiska litteraturstudie visade på det motsatta det vill säga att lusten och tillfredsställelsen var oförändrad eller hade förbättrats efter ingreppet (Dragisic & Milad, 2004; Goetsch, 2005; Greenwald & McCorkle, 2008; Rhodes et al., 1999; Roovers et al., 2003 och Saini et al., 2002). Uppsatsförfattarna tror att tidpunkten för studierna i relation till ingreppet var av betydelse för resultatet. I de studier som utfördes direkt efter hysterektomin noterades att intresset för sexuell aktivitet var lägre än i de studier som genomfördes ett till två år efter ingreppet.

Meston & Bradford (2004) beskriver en rad fysiska effekter som kan orsaka problem för en kvinna som genomgått hysterektomi. Smärta är en fysisk effekt som framkom i föreliggande systematiska litteraturstudies resultat. Kvinnorna i Bukovic´ et al. (2008); Rasmusson och Thomé (2008); Reis et al. (2008) och Serati et al. (2009), upplevde smärta eller rädsla för smärta i samband med samlag postoperativt. Kvinnorna i Dragisic et al. (2004) däremot hade mindre smärta i samband med samlag efter genomgången hysterektomi. Denna skillnad tror uppsatsförfattarna kan ha att göra med orsaken till varför kvinnorna genomgick hysterektomi. Flera av kvinnorna som upplevde att de hade mindre smärta postoperativt genomgick ingreppet på grund av bäckensmärtor och dessa smärtor försvann som ett resultat av ingreppet. Annat upplever uppsatsförfattarna det kan vara för en kvinna som genomgår ingreppet på grund av elakartad orsak. Hon kanske inte ens visste om att hon var sjuk och upplevde inga problem men helt plötsligt hade hon en livshotande sjukdom som kunde kräva ett stort ingrepp vilket i sig påverkade hela hennes livsvärld. Sannolikt även hennes sexualitet.

Majoriteten av kvinnorna i Brett och Higgins (2003) var i fertil ålder vid tidpunkten för deras hysterektomi. Enligt Meston och Bradford (2004) kunde detta vara en faktor som inverkar negativt på sexualiteten särskilt för de kvinnor som inte hunnit få det antal barn de önskar. Detta överensstämde med vad som framkom i Rasmusson och Thomé (2008) och Reis et al. (2008). Majoriteten av kvinnorna i dessa studier upplevde en stor individuell sorg över att inte längre ha möjligheten att kunna bli mödrar. Detta överensstämde även med en faktor uppsatsförfattarna tror är av betydelse för hur kvinnor upplever sin sexualitet efter genomgången hysterektomi. Reproduktion är en del av sexualiteten (Jahren Kristoffersen, et al., 2005) därav förstår uppsatsförfattarna att det blir skillnad i hur kvinnor som fött de antal barn hon vill upplever sexualiteten jämfört med de kvinnor som inte har fött barn. Detta kan orsaka livslidande hos kvinnan och är därför en viktig aspekt för sjuksköterskan och övrig sjukvårdspersonal att ha i åtanke.

### ***Sjuksköterskan och den övriga sjukvårdspersonalens omvårdande funktion gällande kvinnans sexualitet efter genomgången hysterektomi***

Kommunikation är en grundläggande del av omvårdnaden av patienter (Jirwe, Gerrish & Emami, 2010). Både patienter och sjukvårdspersonal ansåg det var viktigt att kommunicera om sexualitet och att dessa frågor bör lyftas. När det gällde sjukvårdspersonal var nästan alla rörande eniga om detta. Dock framkom att många verkade tycka att det var någon annans ansvar att lyfta dessa frågor vilket resulterade i



att mycket få tog upp ämnet (Ekwall et al., 2003; Rana et al., 2007; Saunamäki et al., 2010 och Stead et al., 2003). Majoriteten av kvinnorna i Ekwall et al., (2003) och Stead et al., (2003) hade önskat att sjukvårdspersonal ställt frågor angående deras sexualitet för att på detta vis öppna upp för en dialog. Uppsatsförfattarna tycker det är anmärkningsvärt att sjukvårdspersonal tenderar att lyfta över ansvaret på andra kollegor. Detta leder inte till god omvårdnad. Som sjuksköterska är du omvårdnadsansvarig och därmed skyldig att kommunicera med patienter även om ämnet är obekvämt eller svårt.

Travelbee menade i sin omvårdnadsmodell att kommunikation kräver en känsla för timing och kompetens hos sjukvårdspersonalen (Kirkevold 2000). Detta påpekades även av kvinnorna i Rasmusson och Thomé (2008). Avseende frågor rörande sexualitet ansåg de att tidpunkten för när dessa lyftes och när information lämnades hade stor betydelse. Enligt Katz (2003) har sjukvårdspersonal svårt att tala om sexualitet av olika anledningar. Detta bekräftades i Stead et al. (2003). Deltagarna tyckte det var lätt att undvika ämnet trots att de visste att det fanns ett behov. De upplevde ämnet som för genant och privat samt att de inte hade tiden eller tillräcklig kunskap. Uppsatsförfattarna upplever att det ställs höga krav på sjukvårdspersonalen och har viss förståelse för att det är svårt att angripa frågor gällande sexualitet. Som resultatet visar gäller det inte bara att lyfta frågorna. Det ska även vara rätt tid och kunskapen ska finnas. Finns inte kunskapen, förmågan, känslan för timing eller att sjukvårdspersonalen upplever en osäkerhet är det lätt att undvika ämnet. Uppsatsförfattarna anser därför att ett stort ansvar ligger hos arbetsgivaren att se till att sjukvårdspersonalen får tillräcklig kunskap och träning så att ämnet inte blir lika genant och svårt att angripa.

I studien av Fleming (2003) baserad på en kvinnas upplevelse av att genomgå hysterektomi upptäcktes postoperativt ett stort behov av beröring som sjuksköterskan tog fasta på. Hon gav kvinnan massage och utförde reflexologi vilket var mycket uppskattat av kvinnan. Travelbees omvårdnadsmodell bygger på en interaktion mellan sjukvårdspersonal och patient som måste förstås för att god omvårdnad ska kunna utföras (Kirkevold, 2000). Uppsatsförfattarna anser att ovanstående interaktion är ett utmärkt exempel på där sjuksköterskan har känt av situationen på ett professionellt sätt som resulterat i mycket god omvårdnad. Dock är inte resultatet i studien generaliserbart och uppsatsförfattarna vill belysa att detta var frågan om bra fingertoppskänsla från sjuksköterskan och att det är långt ifrån alla patienter detta skulle fungera på.

## **Metoddiskussion**

Denna studie genomfördes som en systematisk litteraturstudie vilket enligt Polit och Beck (2008) innebär att göra en sammanfattning av redan utförda studier inom ett visst ämne. Denna metod anser uppsatsförfattarna fungerat för att svara på föreliggande studies syfte och frågeställningar.

Uppsatsförfattarna upplevde i ett tidigt skede att det inte skulle vara några problem att finna material till denna systematiska litteraturstudie. Dock visade sig under sökandets gång att åtskilliga av de artiklar som fångade intresse inte var av tillräckligt hög kvalitet. Det blev således svårare än beräknat att finna material och var också anledningen till varför beslut togs om att inkludera artiklar från 1995. De databaser, den sökmotor och de sökord som användes anser uppsatsförfattarna dock vara relevanta då trots allt ett tillräckligt antal vetenskapliga artiklar av medelhög alternativt hög kvalitet påträffades. En av de databaser som användes var CINAHL och den är enligt Polit och Beck (2008) ett mycket bra alternativ för sjuksköterskor vilket styrker uppsatsförfattarnas åsikt.

Uppsatsförfattarna hade en önskan om och tro på att finna många kvalitativa studier då föreliggande studies syfte och frågeställningar var av sådant slag att kvalitativa studier hade lämpat sig bra. Så blev tyvärr inte fallet vilket kan upplevas som negativt för resultatet då det bygger på en hel del siffror och procentsatser. Detta hade uppsatsförfattarna velat undvika då ett resultat baserat på återberättelser av kvinnors egna ord varit mer lättförståeligt och mer intressant att läsa. Ytterligare en svaghet gällde beslutet att endast inkludera artiklar tillgängliga i fulltext utan avgift samt endast skrivna på svenska eller engelska. Detta kan ha lett till att värdefullt material missats. Vidare kan tolkningen av det engelska språket ha varit bristfällig då detta inte är uppsatsförfattarnas modersmål.

Enligt Polit och Beck (2008) bör en litteraturstudie endast baseras på primärkällor vilket uppsatsförfattarna tagit fasta på. Denna systematiska litteraturstudie baseras inte på några andra litteraturstudier. Däremot har vissa litteraturstudier använts för att hitta referenser till empiriska studier att basera resultatet på.

Beträffande de granskningsmallar som användes fanns utrymme för egna tolkningar. Kanske var uppsatsförfattarna hårda i sina bedömningar vilket ledde till ett lågt antal artiklar av hög kvalitet. Dock var detta en medveten strategi för att säkerställa att inte få

med artiklar av låg kvalitet som resultat av en för snäll bedömning. Vidare kan även uppsatsförfattarnas ovana vid kritisk granskning ha varit en faktor som påverkat bedömningen.

Avsikten med denna systematiska litteraturstudie var inte att undersöka några kulturella skillnader. Dock visade studien av Reis et al. (2008) på ett resultat uppsatsförfattarna upplevde som kulturellt betingat. Den studien utfördes i Turkiet och en kvinna beskrev att hennes man, svärmor och svägerska var arga på henne då hon inte längre var fertil. Sannolikheterna att detta skulle hända till exempel i den svenska kulturen anser uppsatsförfattarna vara föga troligt. Vidare genomfördes flera studier i USA. I dessa upplevde uppsatsförfattarna dock inga direkta kulturella skillnader. Resultaten i dessa studier hade lika gärna kunnat spegla resultatet i en svensk studie.

Resultatet samt metoden i studien av Fleming (2003) var något avvikande i jämförelse med andra artiklars resultat och metoder. Dock ansåg uppsatsförfattarna att studien tillförde en annan infallsvinkel till föreliggande systematiska litteraturstudie. Dessutom var artikeln av hög kvalitet och därför togs beslutet att den skulle inkluderas.

### **Slutsats**

Syftet med denna systematiska litteraturstudie var att göra en kunskapsöversikt över vad som framkommit i tidigare forskning om kvinnans upplevelse av sin sexualitet efter genomgången hysterektomi samt vilken omvårdande funktion sjuksköterskan och övrig sjukvårdspersonal hade gällande sexualiteten. Kvinnors upplevelser av sin sexualitet efter ingreppet visade sig vara mycket individuella och inget generellt kan sägas om huruvida sexuallivet blev bättre eller sämre efter genomgången hysterektomi. Gällande sjuksköterskans och övrig sjukvårdspersonals omvårdande funktion visade sig att det fanns stora brister i hur frågor rörande sexualitet angreps. Kliniskt kan denna systematiska litteraturstudie ha betydelse genom att en tanke väcks om vikten av att inte ignorera eller vara rädd för att angripa frågor rörande sexualitet. Vidare ser uppsatsförfattarna ett behov av utbildning gällande frågor som rör sexualitet för att detta ska kunna ske på ett professionellt sätt.

### **Förslag till vidare forskning**

Uppsatsförfattarna ser ett behov av fler kvalitativa studier som berör kvinnors upplevelse av sin sexualitet efter genomgången hysterektomi samt vilken omvårdande funktion sjuksköterskor och övrig sjukvårdspersonal kan ha gällande sexualiteten. Kvantitativa studier fyller också en viss funktion då de innefattar ett större antal kvinnor, men just eftersom det är frågan om kvinnors upplevelse anser uppsatsförfattarna att kvalitativa studier lämpar sig bättre och dessa saknas. Ett förslag skulle kunna vara att utföra en kvalitativ intervjustudie med liknande syfte och frågeställningar som i föreliggande studie. Istället för att sammanställa vad tidigare forskning kommit fram till gällande kvinnors upplevelse av sin sexualitet efter genomgången hysterektomi utförs öppna intervjuer där kvinnorna själva fritt får berätta om detta.

## Referenslista

Andrews, G. (Ed.). (2005) Women's sexual health. (3. ed.) London: Baillière Tindall.

Baskett, TF. (2005). Hysterectomy- Evaluation and trends [Elektronisk version]. *Best practice and research Clinical and obstetrics and gynaecology*, 19(3)295-305.

Bayram, G.O., Sahin, N.H. (2008). Hysterectomy's Psychosexual Effects in Turkish Women [Elektronisk version]. *Sexuality and Disability*, 26(3), 149-158.

Brett, KM., Higgins, JA. (2003). Hysterectomy Prevalence by Hispanic Ethnicity: Evidence From a National Survey [Elektronisk version]. *American Journal of Public Health*, 93(2), 307-312.

Bukovic, D., Silovski, H., Silovski, T., Hojsak, I., Sakic, K., Hrgovic, Z. (2008). Sexual Functioning and Body Image of Patients Treated for Ovarian Cancer [Elektronisk version]. *Sexuality and Disability*, 26(2), 63-73.

Dragisic, K.G., Milad, M.P. (2004). Sexual functioning and patients expectations of sexual functioning after hysterectomy [Elektronisk version]. *American journal of obstetrics and gynecology*, 190(5), 1416-1418.

Ehnfors, M. (2000). *VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. (1. uppl.) Stockholm: Vårdförbundet.

Ekwall, E., Ternestedt, B-M., Sorbe, B. (2003). Important Aspects of Health Care for Women With Gynecologic Cancer [Elektronisk version]. *Oncology Nursing Forum*, 30(2), 313-320.

Flam, F. (2008). Stressinkontinens efter hysterektomi- en ökad risk men lätt att åtgärda [Elektronisk version]. *Läkartidningen*, 105(3).

Flay, L.D., Matthews, J.H.L. (1995). The effects of radiotherapy and surgery on the sexual function of women treated for cervical cancer [Elektronisk version]. *International Journal of Radiation Oncology\*Biology\*Physics*, 31(2), 399-404.

- Fleming, V. (2003). Hysterectomy: a case study of one woman's experience [Elektronisk version]. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 575-582.
- Gamel, C., Davis BD., Hengeveld M. (1993). Nurses' provision of teaching and counseling on sexuality: a review of the literature [Elektronisk version]. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1219-1227.
- Goetsch, M.F. (2005). The effect of total hysterectomy on specific sexual sensations [Elektronisk version]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(6), 1922-1927.
- Greenwald, H.P., McCorkle, R. (2008). Sexuality and Sexual Function in Long-Term Survivors of Cervical Cancer [Elektronisk version]. *Journal of women's health*, 17(6), 955-963.
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa: begränsningar och möjligheter*. Lund: Studentlitteratur.
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E. (red.) (2005). *Grundläggande omvårdnad*. 3. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Jirwe M., Gerrish K., Emami, A. (2010). Student nurses experiences of communication in cross-culture care encounters [Elektronisk version]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 436-444.
- Katz, A. (2003). Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' roll [Elektronisk version]. *Journal of Advanced Nursing*, 42(3), 297-303.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. (2., [omarb. och utvidgade] uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Lindskog, B.I. (1997). *Medicinsk terminologi*. (Ny, [rev. och utök.] utg.) Stockholm: Nordiska bokhandeln.

Meston, CM., Bradford, A. (2004). A brief review of the factors influencing sexuality after hysterectomy [Elektronisk version]. *Sexual & Relationship Therapy*, 19(1), 5-14.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rana, Y., Kanik, A., Özcan, A., Yuzer, S. (2007). Nurses' approaches towards sexuality of adolescent patients in Turkey [Elektronisk version]. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 638-645.

Rasmusson, E-M., Thomé, B. (2008). Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning sexuality and relationships in Connection with Gynecological Disease [Elektronisk version]. *Sexuality and Disability*, 26(4), 207-218.

Reis, N., Engin, R., Ingec, M., Bag, B. (2008). A qualitative study: beliefs and attitudes of women undergoing abdominal hysterectomy in Turkey [Elektronisk version]. *International Journal of Gynecological Cancer*, 18(5), 921-928.

Rhodes, J.C., Kjerulff, K. H., Langenberg, P.W., Guzinski, G.M. (1999). Hysterectomy and Sexual Functioning [Elektronisk version]. *Journal of the American Medical Association*, 282(20), 1934-1942.

Roovers, J-P.W.R., van der Bom, J.G., van der Vaart, C.H., Heintz, A.P.M. (2003) Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy [Elektronisk version]. *British Medical Journal*, 327(7418), 774-777.

Saini, J., Kuczynski, E., Gretz, H.F., Sills, E.S. (2002) Supracervical hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: perceived effects on sexual function [Elektronisk version]. *BMC Women's Health*, 2(1), 1-7.

Saunamäki, N., Andersson, M. och Engström, M. (2010) Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs [Elektronisk version]. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-1316.

Schaffir, J., Fleming, M., Waddell, V. (2010). Patient Perceptions Regarding Effect of Gynaecological Surgery [Elektronisk version]. *Journal of Sexual Medicine*, 7(2pt1), 826-831.

Serati, M., Salvatore, S., Uccella, MD., Laterza, R.M., Cromi, A., Ghezzi F., et al. (2009). Sexual Function after Radical Hysterectomy for Early- Stage for cervical Cancer: Is There a Difference between Laparoscopy and Laparotomy? [Elektronisk version]. *Journal of Sexual Medicine*, 6 (9), 2516-2522.

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 5 oktober, 2010, Socialstyrelsen:

[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Sorbe, B. & Frankendal, B. (red.) (2000). *Gynekologisk onkologi*. Lund: Studentlitteratur.

Stead, M.L., Brown, J.M., Fallowfeild, L., Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues [Elektronisk version]. *British Journal of Cancer*, 88(5), 666- 671.

Sung, M.H., Lim, Y.M. (2009). Factors affecting sexual satisfaction in Korean women who have undergone a hysterectomy [Elektronisk version]. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(2), 46-54.

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2009). *Hysterektomi vid icke-maligna tillstånd*. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG).

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.



## Bilaga 1a Granskningsmall för studier med kvantitativ ansats

Högskolan Dalarnas modifierade version av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) och Forsberg och Wengström (2008)

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

0-16 poäng = låg kvalitet

17-22 poäng = medel kvalitet

23 -29 poäng = hög kvalitet

## Bilaga 1b Granskningsmall för studier med en kvalitativ ansats

Högskolan Dalarnas modifierade version av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) och Forsberg och Wengström (2008)

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15.	Anges var studien genomfördes?		
16.	Anges när studien genomfördes?		
17.	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18.	Är data systematiskt insamlade?		
19.	Presenteras hur data analyserats?		
20.	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21.	Besvaras studiens syfte?		
22.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23.	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

0-14 poäng = låg kvalitet

15-20 poäng = medel kvalitet

21-25 poäng = hög kvalitet

**Tabell 2 Sammanställning av artiklar som ligger till grund för resultatet**

Författare, År, land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitets grad
Bayram, G.O & Sahin, N.H., 2008, Turkiet	Hysterectomy's Psychosexual Effects in Turkish Women	Att undersöka de psykosexuella effekterna av hysterektomi	Kvantitativ Prospektiv, Deskriptiv ansats. Intervjuer och frågeformulär	93 kvinnor under 65 år som genomgått hysterektomi på grund av godartad orsak	Alla deltagare var sexuellt aktiva innan operationen. Efter operationen var 45 % sexuellt aktiva. Generellt sett var sexuallivet sämre tre månader efter ingreppet	Medelhög 19 av 29 poäng
Bukovic', D. et al., 2008, Kroatien	Sexual Fuctioning and Body Image of Patients Treated for Ovarian Cancer	Att fastställa skillnader i sexuell funktion och kropps-uppfattning mellan olika behandlingsmetoder av äggstockscancer	Kvantitativ Kvinnorna delades upp i 3 grupper beroende på behandlings- metod och fick svara på ett frågeformulär	483 kvinnor som behandlats för äggstocks- cancer	Generellt sett var deltagarna i de tre grupper mindre nöjda med sitt sexualliv efter operationen	Medelhög 20 av 29 poäng
Dragisic, K.G & Milad M.P., 2004, USA	Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy	Att bedöma sexuell funktion och patienters förväntningar på den sexuella funktionen efter hysterektomi	Kvantitativ, Intervjuer Preoperativt och sex månader postoperativt	75 kvinnor som genomgått hysterektomi på grund av godartade besvär	Majoriteten av kvinnorna trodde inte att hysterektomin skulle innebära någon skillnad i deras sexualliv. Efter operationen uppgav flertalet av kvinnorna att de upplevde mindre smärta vid samlag	Medelhög 20 av 29 poäng
Ekwall, E. et al., 2003, Sverige	Important Aspects of Health Care for Women With Gynecologic Cancer	Att beskriva vad kvinnor diagnostiserade med gynekologisk cancer tyckte vad viktigt i möte med Hälso- och sjukvården	Kvalitativ intervjustudie	14 kvinnor som diagnostiserats med gynekologisk cancer	Det viktigaste för kvinnorna var ett bot. Tätt därefter kom en bra kommunikation och öppenhet med sjukvårds- personalen	Hög 23 av 25 poäng
Flay, L.D & Matthews, J.H.L., 1995, Nya Zeeland	The Effects of Radiotherapy and Surgery on The Sexual Function of Women Treated for Cervical Cancer	Att undersöka vilken effekt strålning och kirurgi haft för den sexuella funktionen hos kvinnor som behandlats för livmoderhalscancer	Kvantitativ Enkät studie	Tio kvinnor som behandlats med strålning och sex kvinnor som behandlats med kirurgi i kombination med strålning	Sexuallivet var som sämst direkt efter behandling och fortsatte vara sämre 6 och 14 veckor efter behandling	Medelhög 19 av 29 poäng
Fleming, V., 2003, Storbritannien.	Hysterectomy: A case study of one woman's experience	Att undersöka en kvinnas upplevelser av hysterektomi	Kvalitativ, fallstudie	En kvinna, hennes man, sjuksköterska och gynekolog	Kvinnans kropps- uppfattning ändrades drastiskt under upplevelsen. Från att ha svårt för beröring till att istället ha ett behov av beröring	Hög 21 av 25 poäng

Goetsch, M.F., 2005, USA	The effect of total hysterectomy on specific sexual sensations	Att bedöma huruvida kvinnor upplever förändring gällande upphetsning efter förlust av livmoder och livmoderhals	Kvantitativ Enkätstudie.	105 sexuellt aktiva kvinnor	Majoriteten upplevde att graden av upphetsning och intensiteten av orgasm var densamma efter ingreppet. Av resterande kvinnor upplevde något fler sämre intensitet av orgasm än de som upplevde bättre	Medelhög 18 av 29 poäng
Greenwald, H.P & McCorkle,R., 2008, USA	Sexuality and Sexual Function in Longterm Survivors of Cervical Cancer	Att utvärdera kvinnors sexualitet och hur deras sexualliv fungerar efter att ha överlevt livmoderhals cancer	Kvantitativ, Använt tre mät-Instrument.	208 kvinnor i åldern 29-69	Alla kvinnor hade inte genomgått hysterektomi, dock visade det sig att de kvinnor som genomgått hysterektomi hade större intresse och lust till sexuell aktivitet än de som inte hade genomgått operationen	Medelhög 20 av 29 poäng
Rana, Y. et al., 2007, Turkiet	Nurses´ approaches towards sexuality of adolocent patients in Turkey	Att fastställa sjuksköterskor angreppssätt gällande sexualitet i omvårdnaden av vuxna patienter i Turkiet	Kvantitativ, enkätstudie	571 sjuk-sköterskor som arbetar på sjukhus i större städer i Turkiet	Generellt visade studien att sjuksköterskor var dåliga på att angripa frågor rörande sexualitet i omvårdanden av sina patienter	Medelhög 21 av 29 poäng
Rasmusson, E-M och Thomé, B, 2008, Sverige	Women`s Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease	Att undersöka kvinnors behov av kunskap gällande sexualitet och relationer i samband med gynekologisk cancer	Kvalitativ, Intervju-studie	11 kvinnor i åldern 35-70 år som behandlats för gynekologisk cancer	Det framkom en stark önskan från kvinnorna om samtal, information och kunskap om sexualitet både muntligt och skriftligt	Hög 21 av 25 poäng
Reis, N, et al., 2008, Turkiet	A qualitative study : beliefs and attitudes of women undergoing abdominal hysterectomy in Turkey	Att utforska tankar och attityder hos kvinnor som genomgått abdominal hysterektomi	Kvalitativ, grounded theory. Ansikte mot ansikte intervjuer	31 kvinnor i åldern 31-57 som genomgått hysterektomi	Fem teman kom upp under intervjuerna. Tre av dessa behandlade kvinnlighet, relationer och sexualliv där olika tankar och funderingar framkom	Hög 22 av 25 poäng
Rhodes, J.C. et al., 1999 USA	Hysterectomy and Sexual Functioning	Att undersöka kvinnors sexuella funktion efter genomgången hysterektomi	Kvantitativ, prospektiv kohort studie. Intervjuer.	1132 kvinnor, de flesta i åldern 35-49 som genomgått hysterektomi på grund av godartad orsak	Det framkom att de flesta kvinnor fick ett bättre sexualliv efter hysterektomin. De teman som togs upp i studien var sexuella relationer, smärta, orgasm, lubrikation och	Hög 27 av 29 poäng

					libido.	
Roovers, J-P., W.R. et al., 2003, Nederländerna	Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy and total abdominal hysterectomy	Att jämföra effekterna av vaginal, subtotal abdominal och total abdominal hysterectomi gällande den sexuella hälsan	Kvantitativ, Prospektiv, enkätstudie	413 kvinnor som genomgått hysterektomi på grund av godartad orsak. Dock inte framfall och endometrios	Generellt sett förbättrades kvinnornas sexuella tillfredsställelse efter ingreppet oberoende av kirurgisk metod	Medelhög 20 av 29 poäng
Saini, J. et al., 2002, USA	Supracervical hysterectomy versus total abdominal hysterectomy perceived effects on sexual function	Att jämföra supracervical och total abdominal hysterectomi gällande sexualitet efter ingreppet	Kvantitativ, enkätstudie	156 kvinnor som genomgått hysterektomi	Det framkom att livmoderhalsen spelar en roll för kvinnans sexuella respons	Medelhög 21 av 29 poäng
Saunamäki, N. et al., 2010 Sverige	Discussing sexuality with patients : nurses' attitudes and beliefs	Att undersöka sjuksköterskors tankar och attityder när det gäller att diskutera sexualitet med patienter	Kvantitativ, jämförande studie. Frågeformulär.	88 sjuksköterskor som arbetade på ett svenskt sjukhus både på medicinska och kirurgiska avdelningar	Majoriteten anser att det är sjuksköterskans uppgift att samtala med patienten om sexualitet men få tog sig tiden	Hög 23 av 29 poäng
Schaffir, J. et al., 2010, USA	Patient Perceptions Regarding Effect of Gynaecological Surgery	Att identifiera kvinnors oro angående sin sexualitet efter gynekologisk kirurgi och vilka faktorer som påverkar	Kvantitativ, enkätstudie.	72 kvinnor som genomgått gynekologisk kirurgi	Flertalet av kvinnorna trodde att de skulle känna sig mindre kvinnliga efter operationen. Däremot trodde en minoritet att deras sexualitet skulle påverkas negativt	Medelhög 19 av 29 poäng
Serati, M, et al., 2009, Italien	Sexual Function after Radical Hysterectomy for Early- Stage Cervical Cancer: Is There a Difference between Laparoscopy and Laparotomy?	Att utvärdera kvinnors sexuella funktion efter radikal jämfört med en kontrollgrupp av friska kvinnor. Vidare att utvärdera eventuella skillnader mellan laparaskopi och laparotomi	Kvantitativ, frågeformulär.	38 kvinnor som genomgått hysterektomi samt en kontrollgrupp med 35 friska kvinnor	Överlag försämrades kvinnornas sexuella funktion efter operationen	Hög 23 av 25 poäng
Stead, M.L. et al., 2003, Storbritannien	Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues	Att identifiera nivån av information som tillhandagavs, sjuksköterskans åsikter gällande sexuella frågor samt behovet av undervisning gällande detta	Kvalitativ, Semistrukturerad intervjustudie	16 läkare, 27 sjuksköterskor och 15 kvinnor med äggstockscancer	Majoriteten av sjukvårdspersonalen tyckte att sexuella frågor bör diskuteras och att patienten ska informeras om att det kan uppstå sexuella problem. Minoriteten av sjukvårdspersonalen	Medelhög 18 av 29 poäng

					diskuterade sexuella frågor	
Sung, H.M & Lim, Y.M., 2009, Korea	Factors Affecting Sexual Satisfaction in Korean Women Who Have Undergone a Hysterectomy	Att undersöka faktorer som påverkar sexualiteten hos kvinnor som genomgått hysterektomi i Korea	Kvantitativ, Ansikte mot ansikte intervjuer där fyra mät-instrument användes	118 kvinnor med medelåldern 42,3 år värvade på en gynekologisk klinik i Korea	Det framkom att desto bättre stöd kvinnorna hade från make/sambo desto bättre kroppsuppfattning och sexuell tillfredställelse efter ingreppet	Medelhög 17 av 29 poäng