



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

Kvinnans sexualitet och livskvalitet vid hysterektomi

En litteraturstudie

Författare
Nathalie Bylund
Sanna Rasekh

Handledare
Pranee Lundberg

Examinator
Christine Leo Swenne

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
2018

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Hysterektomi innebär att livmodern opereras bort. Operationen utförs på tre sätt: laparoskopiskt, abdominellt eller vaginalt. Kvinnors vanligaste orsak till preoperativ ångest är oro över hur deras sexuella funktion och livskvalitet kommer påverkas postoperativt.

Syfte: Syftet var att undersöka hur kvinnors sexualitet och livskvalitet påverkas vid hysterektomi på benign indikation.

Metod: En litteraturstudie användes. Från databaserna PubMed och CINAHL inkluderades 20 kvantitativa originalartiklar. En innehållsanalys utfördes där studierna granskades och bearbetades till fem huvudkategorier och två subkategorier. Joyce Travelbees omvårdnadsteori användes som referensram.

Resultat: Hysterektomin ledde till en större andel sexuellt aktiva kvinnor. Kvinnornas sexuella funktion, mätt med FSFI, förbättrades efter hysterektomin men var fortfarande tillräckligt låg för att indikera sexuell dysfunktion. Det var endast kvinnor med en dysfungerande sexuell funktion redan innan hysterektomin som upplevde förbättringen. När kvinnor var välinformerade kring hur hysterektomin kunde påverka sexualiteten resulterade det i förhöjd sexuell funktion. Kvinnorna upplevde även en förbättrad kroppsuppfattning, utan att deras känsla av femininitet påverkats. Livskvaliteten förhöjdes då det psykiska och fysiska välmåendet förbättrades samtidigt som kroppssmärtan minskade. Många med depressiva symtom preoperativt upplevde en minskning av dessa postoperativt. Hysterektomin resulterade i minskade tarmproblem medan vissa utvecklade urininkontinens.

Slutsats: Kvinnor som genomgått hysterektomi på benigna indikationer hade en förbättrad sexuell funktion, livskvalitet samt kroppsuppfattning efter operation. Det är väsentligt att kvinnorna erhåller tillräcklig information samt stöd från sjuksköterskan för att uppnå en fullgod sexualitet och livskvalitet efter hysterektomin. Även om mer forskning behövs kan denna studie användas som underlag för framtida forskning såväl som för preoperativ information.

Nyckelord: Hysterektomi, kvinnor, sexualitet, livskvalitet, litteraturstudie

ABSTRACT

Background: Hysterectomy implies that the uterus is surgically removed. This operation is performed in three ways: laparoscopically, abdominal or vaginal. The most common cause for preoperative anxiety in women undergoing hysterectomies is concern about how their sexual function and quality of life will be affected after surgery.

Aim: The aim of this study was to investigate how hysterectomy affects sexuality and quality of life in women undergoing the operation for benign reasons.

Method: A literature study was used. From the databases of PubMed and CINAHL, 20 quantitative original articles were selected. A content analysis was conducted where the included studies were reviewed and processed into five main categories and two subcategories. Joyce Travelbees Nursing Theory was used as a reference frame.

Results: Hysterectomy resulted in a larger proportion of sexually active women. Women's sexual function, measured by FSFI improved after hysterectomy but remained low enough to indicate sexual dysfunction. However, only women with a dysfunctional sexual function before the hysterectomy experienced an improvement. Women who were well-informed about how the hysterectomy could affect their sexuality, had an increased sexual function. The women also experienced an improved body image without their feeling of femininity being affected. Quality of life was enhanced as mental and physical well-being improved simultaneously as the bodily pain furthermore reduced. Women with depressive symptoms preoperatively experienced a reduction of these after the operation. Hysterectomy resulted in decreased bowel symptoms while some women developed urinary incontinence.

Conclusion: Women who underwent hysterectomy on benign indications experienced improvements in their sexual function, quality of life and body image after surgery. It is essential that women receive adequate information and support from the nurse to achieve a satisfactory level of sexuality and quality of life after hysterectomy. Even though more research is needed, this study can be used as a basis in future research as well as for preoperative information.

Key words: Hysterectomy, women, sexuality, quality of life, literature review

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|-----------|
| BAKGRUND | 1 |
| Synen på den kvinnliga kroppen | 1 |
| Livmodern och dess funktion..... | 1 |
| Hysterektomi | 2 |
| <i>Abdominell hysterektomi</i> | 2 |
| <i>Laparoskopisk hysterektomi</i> | 2 |
| <i>Vaginal hysterektomi</i> | 2 |
| <i>Komplikationer</i> | 4 |
| <i>Omvårdnad vid hysterektomi</i> | 4 |
| <i>FSFI</i> | 6 |
| <i>EQ-5D</i> | 6 |
| <i>SF-36</i> | 6 |
| Problemformulering | 8 |
| Syfte | 8 |
| Frågeställningar | 8 |
| METOD | 9 |
| Design | 9 |
| Sökstrategi | 9 |
| Inklusions- och exklusionskriterier | 10 |
| Bearbetning och analys | 11 |
| <i>Kvalitetsanalys</i> | 11 |
| Forskningsetiska överväganden | 12 |
| RESULTAT | 13 |
| Förbättrad sexuell aktivitet | 15 |
| Uppfattning av den egna kroppen | 16 |
| Förbättrat välmående | 16 |
| <i>Psyiskt välmående</i> | 16 |
| <i>Fysiskt välmående</i> | 17 |
| Smärta | 18 |
| DISKUSSION | 19 |
| Resultatdiskussion | 19 |
| <i>Sexuell dysfunktion</i> | 19 |
| <i>Skillnader i sexuell funktion och aktivitet mellan operationsmetoder</i> | 21 |
| <i>Informationens betydelse för den sexuella hälsan</i> | 22 |
| <i>Identifiering av riskfaktorer för en ökad livskvalitet</i> | 23 |
| <i>Förbättrat psykiskt och fysiskt välmående</i> | 24 |
| Metoddiskussion | 26 |
| <i>Styrkor med studien</i> | 26 |
| <i>Svagheter med studien</i> | 27 |
| Kliniska implikationer | 29 |
| Slutsats | 29 |
| REFERENSER | 31 |

BAKGRUND

Synen på den kvinnliga kroppen

Historiskt har kvinnans livmoder setts som kärnan av femininitet, vilket menas som att det är det organet “som gör en kvinna till en kvinna”. Vissa kvinnor ser även på sin egen livmoder som det som gör henne till en värdig individ och om hon då måste genomgå en hysterektomi kan det leda till försämring av hennes kroppsuppfattning (Solbrække & Bondevik, 2015). Menstruationen kan också upplevas vara associerad med kvinnans egenvärde, ungdomlighet och kvinnlighet, varpå en upphörd menstruation efter hysterektomin riskerar att upplevas som en stor förlust (Wu, Lee, Yeh & Che, 2014). Det är därför viktigt att uppmärksamma om kvinnan har dessa tankegångar och att det inte förminsкас av vårdpersonal (Solbrække & Bondevik, 2015). Ofta är det yngre kvinnor som upplever motstridiga tankar kring den egna kvinnligheten efter hysterektomi (Cabness, 2010; Wade et al., 2000). Samhällets syn och förväntningar på kvinnan är ofta formade av hennes förmåga att bära ett barn och vara en mamma. Många kvinnor, särskilt de som är yngre, upplever därför ett sänkt psykiskt välmående där de känner en sorg över att inte kunna få barn (Reis, Engin, Ingec & Bag, 2008; Wade et al., 2000). Vid undersökning av postoperativ sexuell funktion år 1990 var incidensen av sexuell dysfunktion hos kvinnor efter hysterektomin mellan 10–46 %. Hysterektomins effekter på sexualiteten är olika för varje kvinna och påverkas av psykiska, psykologiska, sociala och kulturella faktorer. Operationen kan påverka den sexuella funktionen negativt om kvinnan och hennes partner ser på livmodern som en symbol för sexualitet, femininitet och attraktion (Le Cornu, 1999).

Livmodern och dess funktion

Livmodern är ett organ i lilla bäckenet som väger 30–40 gram och är cirka åtta centimeter lång. Organet kan delas in i tre olika delar: cervix uteri, livmoderhalsen, corpus uteri, som bildar merparten av livmoderns vägg och fundus uteri, livmoderns tak. Livmodern har tre olika öppningar, en till livmoderhalsen, som förbinder livmodern med vagina. De resterande två öppningarna finns i livmodertaket och det är där äggledarna binds in (Sand, Sjaastad, Haug & Bjälje, 2007).

Regleringen av livmoderns funktion sker genom äggstockarnas hormoner. Livmoderns huvudfunktioner är att vid graviditet ge fostret näring och skydd samt vid förlossningen transportera fostret ut ur moderns kropp. Självaste befruktningen sker i äggledarna efter ägglossningen, varpå det befruktade ägget sedan fastnar i livmoderhålan. Om ägget inte befruktas kommer det stötas ut med livmoderslemhinnans ytskikt cirka två veckor efter ägglossningen och bilda en menstruationsblödning (Sand et al., 2007).

Hysterektomi

Hysterektomi innebär att livmodern opereras bort. Operationen är en av de vanligaste inom gynekologin och kan utföras om kvinnan exempelvis har menorrhagi, alltså rikliga blödningar, endometriosis, tumörer eller myom, det vill säga muskelknutor i livmoderväggen. En hysterektomi kan dels vara total (TH), vilket innebär att både livmoderkroppen och livmodertappen opereras bort eller supravaginal (SH) där livmodern avlägsnas men livmodertappen, som är den del som sticker ut i vaginan, behålls. En hysterektomi kan utföras på tre sätt (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010). Förkortningar av operationsmetoder visas i tabell 1.

Abdominell hysterektomi

Denna hysterektomi utförs abdominellt, alltså genom ett snitt i nedre delen av buken. Operationen kan dels vara en total abdominell hysterektomi (TAH) eller supravaginal abdominell hysterektomi (SAH) (Borgfeldt et al., 2010).

Laparoskopisk hysterektomi

Detta ingrepp utförs genom laparoscopi, vilket innebär titthålskirurgi, och kan vara en total laparoskopisk hysterektomi (TLH) eller supravaginal laparoskopisk hysterektomi (SLH) (Borgfeldt et al., 2010).

Vaginal hysterektomi

Hysterektomin utförs vaginalt. Vid en vaginal hysterektomi (VH), där livmodern bortförs nedifrån genom vaginan, går det inte att behålla livmodertappen, utan dessa hysterektomier är alltid totala (Borgfeldt et al., 2010).

Tabell 1. Förkortning av olika operationsmetoder

| | |
|-----|---|
| SLH | Supravaginal laparoskopisk hysterektomi |
| TLH | Total laparoskopisk hysterektomi |
| SAH | Supravaginal abdominell hysterektomi |
| TAH | Total abdominell hysterektomi |
| VH | Vaginal hysterektomi |
| SH | Supravaginal hysterekomi |
| TH | Total hysterektomi |

När livmoderkroppen tas bort kan kvinnan fortfarande känna av sin menstruationscykel då äggstockarna i regel lämnas kvar, varpå hormonproduktionen kvarstår. Det innebär dock att själva blödningarna stannar av och därmed förloras förmågan att bli gravid. Om livmodertappen lämnas kvar kan endometriecceller ibland finnas kvar i dess övre del, vilket kan resultera i mindre menstruationsliknande blödningar. När livmodertappen behålls är det viktigt att fortsätta gå på gynekologiska cellprovtagningar för att upptäcka eventuell utveckling av livmoderhalscancer. Ibland kan även en oophorektomi, det vill säga borttagande av äggstockar och/eller salpingektomi, avlägsnande av äggledare, utföras i samband med hysterektomin. När äggstockarna tas bort avstannar hormonproduktionen varpå kvinnan går in i en kirurgiskt inducerad menopaus. Hon kan då börja känna av klimakteriesymtom (Borgfeldt et al., 2010).

I Sverige är den abdominella hysterektomin den vanligaste utförda operationsmetoden (Socialstyrelsen, 2009). Den laparoskopiska och vaginala hysterektomin är dock att föredra då dessa operationer inte kräver att buken öppnas, vilket medför en kortare vårdtid, återhämtning samt ger färre postoperativa infektioner (Socialstyrelsen, 2009; Turner, Shepherd, Wang, Bunker & Lowder, 2013). När kvinnor känner sig välinformerade samt trygga med vården och postoperativt känner att de kan erbjudas stöd och rådgivning resulterar det också i kortare

vårdtider. Detta bidrar därmed till minskade samhällskostnader (Stjernerahl, Löfgren & Renström, 2013).

Komplikationer

Av de kvinnor som år 2016 genomgick en hysterektomi på benign indikation i Sverige upplevde 40 % någon form av komplikation. Detta skiljer sig från vad som presenteras i flertalet studier samt vid läkarbedömning, där endast 25 % drabbats av komplikation. Detta då det som läkarna uppfattar vara ett normalt besvär efter operationen kan för kvinnan kännas som en komplikation om hon inte varit förberedd på vad som kan hända i det postoperativa förloppet. Det är därmed viktigt att kvinnor får tillräckligt med information preoperativt om hur hon kan påverkas efter hysterektomin (Pålsson & Zacharias, 2017). De vanligaste besvären är smärta, trötthet samt tarm- och urinrelaterade problem (Sandström & Löfgren, 2014). Hysterektomi är en operation som även kan associeras med utveckling av urininkontinens (Flam, 2008). Det lilla bäckenet utgörs av livmodern, urinblåsan, vaginan samt ändtarmen (Borgfeldt et al., 2010). Livmodern är delvis förankrad i urinblåsan, varpå förbindningen därmed måste lossas från blåsan vid hysterektomi. Det är inte helt klarlagt vad som kan vara orsaken till urininkontinens men en teori är att hysterektomin skadar den lokala kärl- och nervförsörjningen till urinröret. En annan teori är att ingreppet kan orsaka tryckförändringar när anatomin hos lilla bäckenet ändras och därmed orsaka inkontinens (Flam, 2008).

Omvårdnad vid hysterektomi

Då hysterektomier oftast utförs på indikation av benigna tillstånd är dessa operationer i de flesta fall elektiva (Fram, Saleh & Sumrein, 2012). Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor är sjuksköterskans primära ansvarsområden att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Det är av stor vikt att kvinnor bemöts med respekt, speciellt när det kommer till gynekologiska aspekter. Vissa upplever hysterektomin som ett stympande ingrepp eftersom kvinnans fortplantningsorgan opereras bort (Borgfeldt et al., 2010). Utefter den etiska koden är det även viktigt att sjuksköterskan erhåller kompetens vid möten med människor från olika kulturella bakgrunder (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Eftersom alla individer påverkas olika beroende på kulturell bakgrund är det viktigt att hålla sig från stereotyper. Istället bör

vårdpersonal se till det individuella och därmed skaffa sig information kring den egna individens behov, med respekt för den kulturella eller religiösa tillhörigheten (Fioretos, 2002).

Eftersom en hysterektomi kan medföra förändringar i kvinnans livsstil, familjeliv eller framtid är detta något som måste diskuteras så hon känner sig övertygad och bekväm med att genomgå operationen (Borgfeldt et al., 2010). Därför är det viktigt att kvinnan får information om indikationen till operation, hur den kommer gå till samt hur livet kommer påverkas postoperativt (Fram et al., 2012). För att genomföra detta är det viktigt att kvinnan får chans att samtala med vårdpersonal i lugn och ro, där hon ges öppna frågor med chans att i förtroende få öppna upp sig om sina tankar och känslor (Brattberg & Hulter, 2010). Den största anledningen till preoperativ ångest är att många kvinnor ofta är oroliga över potentiellt negativa konsekvenser för deras sexuella funktion och hur det kan påverka livskvaliteten (Fram et al., 2012). Därmed är det ytterst viktigt att sjuksköterskan informerar kvinnorna tillräckligt om hur de kan påverkas. Att inte ge dessa kvinnor adekvat information om denna viktiga aspekt ett försummande av en viktig del i deras återhämtning (Le Cornu, 1999). Även om många kvinnor anser sig få adekvat information inför operation, identifieras vissa brister. Ytterligare förklaring angående hur kvinnans anatomi och fysiologi, livskvalitet och sexuella funktion kommer påverkas efter hysterektomin eftersöks. Vid utförd salpingektomi/oophorektomi, eftersöker också ofta premenopausala kvinnor information kring vad menopaus betyder och hur det kommer påverka dem (Wade, Pletsch, Morgan & Menting, 2000).

För att ta reda på hur kvinnors sexualitet och livskvalitet påverkas vid hysterektomi används olika mätinstrument i form av enkäter. Sexuell hälsa definieras enligt World Health Organization (WHO) som ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande i relation till sexualitet (WHO, 2006). WHO (2006) definierar i sin tur sexualitet som följande:

“Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors” (s.5)

Livskvalitet definieras som individens värdering av sitt psykiska, fysiska och sociala välmående. Detta är en personlig upplevelse som påverkas av ständiga förändringar, vilket gör mätning av livskvalitet svårt att genomföra (Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering [SBU], 2012). För att mäta kvinnors sexuella funktion kan enkäten Female Sexual Function Index (FSFI) användas. Det finns en del olika enkäter som avses mäta livskvalitet, varav två av dessa är EuroQol-5 Dimension (EQ-5D) och Short Form-36 (SF-36).

FSFI

FSFI är ett validerat mätinstrument som används vid bedömning av kvinnors självskattade sexuella funktion. Enkäten består av 19 frågor som undersöker sex olika domäner: sexuell lust, upphetsning, lubrikation, orgasm, tillfredsställelse och smärta. Den maximala poängen som kan utvinnas, och som då tyder på en fungerande sexuell funktion är 36 medan en poäng på 26,55 eller lägre indikerar sexuell dysfunktion (Rosen et al., 2000).

EQ-5D

EQ-5D är en enkät som mäter den generella hälsorelaterade livskvaliteten, vilket inte inkluderar sexuell funktion. Detta mäts genom fem olika domäner: mobilitet, förmåga till självvård, dagliga aktiviteter, smärta och obehag samt ångest och depression. I formuläret inkluderas även Visuell Analog Skala (VAS) där den egna uppfattade hälsostatusen skattas på en skala från 0 (som indikerar värsta tänkbara hälsostatus) till 100 (bästa tänkbara hälsostatus) (Brooks, 1996).

SF-36

SF-36 är ett validerat instrument med totalt 36 frågor som används för att endast mäta hälsorelaterad livskvalitet. För att göra detta delas enkäten upp i en psykisk och fysisk komponent. Inom den psykiska komponenten inkluderas fyra aspekter: vitalitet, social funktion, mental hälsa samt emotionell rollfunktion, alltså emotionella begränsningar i det dagliga livet. Även den fysiska komponenten inkluderar fyra aspekter: fysisk funktion, fysisk rollfunktion, det vill säga fysiska begränsningar i det dagliga livet, kroppslig smärta samt generell hälsa. Svars-poängen beskrivs genom en skala från 0 (värsta tänkbara hälsostatus) till 100 (bästa tänkbara hälsostatus) (Ware & Sherbourne, 1992).

Teoretisk referensram

Den teoretiska referensram som användes i denna litteraturöversikt var Joyce Travelbees omvårdnadsteori (Travelbee, 1971). Teorin grundar i samspelet mellan sjuksköterska och patient där de tillsammans bygger upp en mellanmänsklig relation för att underlätta omvårdnaden. Denna relation leder till en djupare kontakt som inger tillit där kvinnan känner sig bekväm med sjuksköterskan och en öppen dialog om känsliga ämnen kan föras, såsom sexualitet och livskvalitet. Travelbee menar att lidande är en naturlig del av livet och något som alla någon gång kommer att gå igenom. Hon poängterar dock att det är viktigt att se på varje människa som en egen individ då upplevelsen av lidande är individuell och därför inte går att generalisera. Därmed bör sjuksköterskan känna in personens erfarenheter och känslor kring hysterektomin istället för att endast se till dennes diagnos. Sjuksköterskans uppgift att främja hälsa och minska lidandet kan inte uppnås utan en förståelse för patientens egna upplevelser och syn på vad god hälsa innebär. Detta eftersom det kan skiljas mellan olika personer, där somliga, trots sjukdom, kan uppleva sig ha en god hälsa. Travelbee lägger inte stor vikt på miljöns påverkan på den individuella synen på hälsa, sjukdom och lidande, men menar att den kan präglas av den kultur man tillhör (Travelbee, 1971).

Teorin beskriver alltså hur omvårdnadens mål och syfte är att ge stöd åt individer som går igenom lidande och smärta. När kvinnor ska genomgå en hysterektomi är det viktigt att sjuksköterskan kan stödja dessa personer och hjälpa dem finna mening i sin situation. Detta kan uppnås först om en medmänsklig relation etableras mellan kvinnan och sjuksköterskan, där varje kvinna ses som en unik individ. Denna relation är inte något som bara uppstår utan är något som kräver tid och behöver byggas upp. Det kommer alltså krävas både tid och engagemang hos båda sidor för att kunna skapa denna kontakt. Då många kvinnor upplever en bristande kommunikation där de känner sig dåligt informerade kring hysterektomin och dess konsekvenser, är det viktigt att en djupare kontakt mellan sjuksköterskan och kvinnan skapas där en öppen dialog kan föras. Detta gäller oavsett om det rör känsliga eller privata ämnen såsom sexualitet och livskvalitet efter en hysterektomi. Sjuksköterskans förmåga till kommunikation och samspel kommer då ha en central roll där kvinnan får utrymme till att förmedla sina egna tankar och känslor. (Travelbee, 1971).

Problemformulering

Då hysterektomier oftast utförs på benign indikation är de i de flesta fall elektiva där kvinnan själv är med och fattar beslut om och hur operationen ska utföras. Inför beslutet att genomgå en hysterektomi uppstår säkerligen många frågor kring hur livet kommer påverkas postoperativt. För att dessa kvinnor ska känna sig trygga med att diskutera sina tankar kring sin sexualitet och livskvalitet med sjuksköterskan är det av yttersta vikt att de kan vara i en miljö där de får möjlighet att vara öppna med sina känslor och tankar. För att uppnå denna optimala miljön krävs ett samspel mellan kvinnan och sjuksköterskan. Det är även viktigt att de erhåller tillräckligt med information innan hysterektomin och att de därmed kan känna sig trygga med att fatta beslutet om att genomgå operationen. Därför var det endast kvinnor med benign operationsindikation som inkluderats i denna studie. Somliga av dessa kvinnor upplever som tidigare beskrivet att de erhållit en bristande information kring hur deras sexualitet och livskvalitet skulle påverkas efter hysterektomin (Wade et al., 2000). För att sjuksköterskan, enligt ICN:s etiska kod, ska kunna erbjuda dessa kvinnor en god omvårdnad, öka välmåendet och minska lidandet är det viktigt att det finns studier som kartlägger hur dessa kvinnors sexualitet och livskvalitet påverkas efter hysterektomi. Genom att samla ihop existerande, relevant forskning kring hur sexualitet och livskvalitet påverkas vid hysterektomi kan resultatet i denna studie användas för att kvinnor ska bistås med adekvat information och stöd.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka hur kvinnors sexualitet och livskvalitet påverkas vid hysterektomi på benign indikation.

Frågeställningar

Hur påverkas kvinnors sexualitet vid hysterektomi?

Hur påverkas kvinnors livskvalitet vid hysterektomi?

METOD

Design

Designen för denna studie var litteraturoversikt, vilket innebär att arbetet består av en sammanställning av forskning som redan finns inom området. Detta skapade en överblick och bidrar till drivandet av evidensbaserad vård (Friberg, 2017; Rosén, 2017). Metoden valdes då författarnas förhoppningar var att resultatet kan appliceras på vårddyrket och ligga som grund för vidare utbildning och kunskap.

Sökstrategi

Datasökningen utfördes via PubMed och CINAHL då universitet hade elektroniska prenumerationer till förfogande på dessa databaser. Den initiala sökningen gjordes på PubMed med hjälp av följande MesH-termer: "Hysterectomy", "Experience" och "Women" vilket gav 524 träffar. Den första litteratursökningen gjordes för att få en uppfattning om den tillgängliga forskningen som finns publicerad, varpå sökningen därefter kunde avgränsas ytterligare om det behövdes (Friberg, 2017). De resterande sökningarna gjordes både på PubMed och CINAHL och när dessa gav ett tillfredsställande antal träffar lästes alla titlar. Samtliga studier skulle vara peer-reviewed och skrivna på svenska eller engelska. Peer-review innebär att den vetenskapliga artikeln före sin publicering granskats av andra forskare, vilket kan visa på att forskningen håller en viss kvalitet (Karlsson, 2017). Om titlarna tillsynes stämde överens med valt syfte lästes även dess abstracts. I dessa sökningar lades följande MesH-termer till; "Interview", "Psychology", "Psychosocial factors", "Sexuality", "Quality of life", "Psychological", "Postoperative", "Self-concept", "Patient expectations", "Depressive symptoms", "Adult", "Incontinence", "Benign" och "FSFI". Resultatet av dessa sökningar presenteras i tabell 2. Totalt 24 gånger uppkom samma studie under flera sökningar med olika sökord. Därmed har dessa studier i vissa fall presenterats flera gånger under *sökresultat* i tabell 2. Under kategorierna *antal lästa abstracts* och *utvalda artiklar* har dessa studier dock endast redogjorts för en gång. De studier med innehåll av relevans för syftet bearbetades vidare varpå 22 kvantitativa artiklar valdes ut för kvalitetsgranskning.

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterierna för urvalet av de artiklar som valts ut är att de skulle vara kvalitativa eller kvantitativa originalartiklar. Enligt Whittemore & Knafl (2005) kunde en djupare förståelse för ämnet bildas genom att inkludera både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Enbart artiklar berörande kvinnor över 18 år som genomgått hysterektomier på benign indikation inkluderades. Studier från olika delar av världen har inkluderats där dessa var publicerade mellan år 2008 och 2018. Metaanalyser och systematiska litteraturöversikter exkluderades. Studier där fokus låg på hur partnern påverkades exkluderades då det var den drabbade kvinnan som skulle vara i fokus. Även artiklar publicerade före år 2008 samt de där hysterektomin utförs på malign indikation exkluderades. Författarna har inte exkluderat studier där kvinnor genomgått salpingektomi/oophorektomi i kombination med hysterektomin.

Tabell 2. Resultat av litteratursökning

| Databas | Sökord | Sökresultat | Antal lästa abstracts | Utvalda artiklar | Antal utvalda artiklar efter kvalitetsgranskning |
|----------------|---|--------------------|------------------------------|-------------------------|---|
| PubMed | Hysterectomy AND Sexuality AND Quality of life | 64 | 13 | 6 | 6 |
| PubMed | Hysterectomy AND Psychological AND Postoperative | 48 | 16 | 8 | 8 |
| PubMed | Hysterectomy AND Psychology AND Interview | 33 | 0 | 0 | 0 |
| PubMed | Hysterectomy AND Self Concept | 23 | 4 | 1 | 1 |
| PubMed | Hysterectomy AND Patient expectations AND sexuality | 4 | 2 | 2 | 0 |
| PubMed | Hysterectomy AND Depressive symptoms AND Adult | 95 | 4 | 1 | 1 |

| | | | | | |
|--------|---|----|----|---|---|
| PubMed | Hysterectomy AND Incontinence AND Benign | 41 | 5 | 2 | 2 |
| PubMed | Hysterectomy AND FSFI | 34 | 3 | 1 | 1 |
| CINAHL | Hysterectomy AND Psychosocial factors AND Women | 54 | 10 | 1 | 1 |

Bearbetning och analys

Kvalitetsanalys

När ett färdigt urval av artiklar togs fram, vars innehåll stämde överens med det valda syftet, granskades dessa med en kvalitetsmall. Detta för att få en djupare förståelse om vad artikeln handlade om samt för att avgöra om kvalitén på forskningen var tillräckligt god. Kvalité handlade inte enbart om att ett resultat av betydelse tagits fram utan även att processen till det framtagna resultatet stod tydligt redovisat och utfördes korrekt (Friberg, 2017). Det var viktigt att ständigt vara källkritisk och att då bland annat ta reda på vem som var ansvarig för informationen, hur undersökningen finansierats, vad som var studiens syfte och om författarna var objektiva (Karlsson, 2017).

Vid bedömning av studiernas kvalitet användes modifierade versioner av Willman, Stoltz & Bahtsevanis (2011) granskningsmallar, för icke-randomiserade studier (bilaga 1) och randomiserade studier (bilaga 2). Granskningsmallarna bestod av "ja" och "nej" frågor. Vid otydligheter fanns även ett "vet ej" alternativ. Ett "ja" innebar att studien uppfyllde ett specifikt kvalitetskriterium och desto fler kriterier som uppfylldes ökade artikelns totala kvalitet. Om frågan besvarades med "nej" eller "vet ej" uppfylldes inte det kvalitetskriteriet. För att artiklar skulle inkluderas i denna studie skulle dessa uppfylla medelhög till hög kvalitet efter kvalitetsgranskningen. För att erhålla medelhög kvalitet skulle över 50 procent av kvalitetskriterierna vara uppfyllda och för hög kvalitet skulle över 70 procent vara uppfyllt. Två studier exkluderades då de erhöll låg kvalitet efter granskningen. En översiktlig sammanställning av de artiklar som inkluderats, där bland annat studiernas design, resultat och erhållna kvalitet beskrivs presenteras i tabell 3 (bilaga 3).

Resultatanalys

Efter kvalitetsgranskningen inkluderades 20 studier. Samtliga studiers resultat lästes noggrant av båda författarna. Därefter utfördes en innehållsanalys, som finns beskriven i Forsberg och Wengström (2013). Innehållsanalysen genomfördes för att på ett enklare sätt kunna urskilja olika mönster och teman och därefter beskriva dessa. Vid innehållsanalysen bröts alla enskilda studiers samtliga resultat ned i olika koder för att sedan granskas enskilt. Endast koder som ansågs ha relevans för syftet inkluderades i följande steg. Relevanta koder beskrevs och förklarades där eventuella likheter och skillnader mellan de olika studierna identifierades. Koderna omformulerades sedan till olika kategorier och subkategorier. Två koder var exempelvis kroppsuppfattning och femininitet som sedan inkluderades under kategorin *Uppfattning av den egna kroppen*. Därefter sammanställdes kategorierna ihop till ett övergripande resultat. Under bilaga 4 infogas en tabell där information kring vilka artiklar som använts vid utformade av varje kategori går att avläsa. Se tabell 4 i bilaga 4.

Forskningsetiska överväganden

Det var viktigt att de personer som ingick i forskningsgrupperna behandlats med respekt gentemot deras autonomi och personliga integritet. De ska ha deltagit frivilligt och varit adekvata att själva ta beslut om sitt deltagande, utan att ha utsatts för tvång eller påfrestningar. Det var viktigt att personerna fått tillräckligt med individanpassad information för att kunna fatta det beslutet. Det var dessutom viktigt att den personliga integriteten respekterats, vilket innefattar att deltagarna haft rätt till självbestämmande och att hålla vissa privata uppgifter för sig själva (Helgesson, 2015). Viktigt var även att alla deltagande förstod att de haft rätt att ställa frågor, avböja att svara samt hoppa av studien när de själva velat (Polit & Beck, 2018). För att en artikel skulle inkluderas i denna studie har undersökningen i artikeln blivit godkänd av en etisk kommitté alternativt att etiska överväganden har tagits i åtanke och presenterats. Samtliga resultat presenterades i denna studie, vilket innebär att inget resultat exkluderades oavsett om resultatet stämde överens med författarnas egna förförståelse eller förutfattade hypoteser.

RESULTAT

Efter granskning av studiernas innehåll utformades fem huvudkategorier angående hur kvinnors sexualitet och livskvalitet påverkades vid hysterektomi. Dessa huvudkategorier var förändrad sexuell funktion, förbättrad sexuell aktivitet, uppfattning av den egna kroppen, förbättrat välmående och smärta. Under kategorin förbättrat välmående utformades två subkategorier: psykiskt välmående och fysiskt välmående. Huvudkategorier och subkategorier presenteras i tabell 5. Rubrikerna påverkan av kvinnors sexualitet vid hysterektomi och påverkan av kvinnors livskvalitet vid hysterektomi, innehållande en kortfattad syntes av understående huvud-/subkategoriers resultat har även inkluderats.

Tabell 5. Kategorier och subkategorier av sexualitet och livskvalitet hos kvinnor som genomgått hysterektomi på benign indikation.

| Huvudkategori | Subkategori |
|---------------------------------|---|
| Förändrad sexuell funktion | |
| Förbättrad sexuell aktivitet | |
| Uppfattning av den egna kroppen | |
| Förbättrat välmående | <i>Psykiskt välmående</i> <i>Fysiskt välmående</i> |
| Smärta | |

Påverkan av kvinnors sexualitet vid hysterektomi

Kvinnors sexuella funktion förbättrades postoperativt men de hade fortfarande en sexuell dysfunktion. De som erhållit god information kring hur hysterektomin kunde påverka deras

sexuella hälsa hade en förbättrad sexuell funktion efter operation. Fler kvinnor var sexuellt aktiva efter hysterektomin.

Förändrad sexuell funktion

Kvinnor som genomgått SLH, TLH, VH och TAH upplevde en förbättrad sexuell funktion, mätt med FSFI, efter operation (Radosa et al., 2014, Peterson, Rothenberg, Billbrey & Heiman, 2010). I studien av Bayram & Şahin (2008) påvisades istället en försämring av den sexuella funktionen vid jämförelse av pre- och postoperativ FSFI-poäng för kvinnor som genomgått TAH och VH. Trots att många kvinnor upplevde sin sexuella funktion som förbättrad var den postoperativa FSFI-poängen fortfarande tillräckligt låg för att indikera att sexuell dysfunktion förelåg (Radosa et al., 2014; Skorupska et al., 2016a; Bayram & Şahin, 2008; Rodríguez, Chedraui, Schwager, Hidalgo & Pérez-López, 2012). De kvinnor som hade en normal FSFI-poäng preoperativt visade ingen signifikant skillnad i den totala poängen postoperativt (Radosa et al., 2014). Kvinnor som genomgått hysterektomi på grund av endometrios hade en större försämring i sexuell funktion jämfört med övriga operationsindikationer. Dessa kvinnor upplevde större svårigheter att tillfredsställas av samt uppnå orgasm (Peterson et al., 2010).

Utförd laparoskopisk hysterektomi resulterade i en högre skattad sexuell funktion jämfört med abdominell och vaginal operationsmetod. Mer specifikt var SLH den grupp kvinnor med den allra högsta FSFI-poängen postoperativt medan kvinnor som genomgått VH hade den lägsta (Skorupska et al., 2016a; Bayram & Şahin, 2008). De som genomgått SH upplevde en större positiv förändring gällande orgasmfrekvens och sexuell tillfredsställelse postoperativt jämfört med kvinnor som genomgått TH. Detta gällde oavsett om abdominell, laparoskopisk eller vaginal operationsmetod använts. (Ellström-Eng, Jerhamre & Junsog, 2010). Motsättningsvis visade flera studier (Radosa et al., 2014; Brucker et al., 2014; Peterson et al., 2010) att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan kvinnor som undergått SLH, TLH, VH, TAH vid mätning av postoperativ FSFI.

De kvinnor som ansåg sexualitet som en viktig del av livet hade en högre total FSFI-poäng preoperativt jämfört med de som inte fann sexualitet viktigt. Postoperativt var det dock endast domänen sexuell lust som dessa kvinnor skattade högre i FSFI (Bayram & Şahin, 2008).

En mindre andel kvinnor förväntade att hysterektomin skulle ha en negativ effekt på deras sexualliv (Bayram & Şahin, 2008; Sözeri-Varma, Kalkan-Oğuzhanoğlu, Karadağ F & Özdel, 2011). Trots att en del hade frågor kring hur operationen skulle påverka deras sexuella funktion diskuterade de inte detta med vårdpersonal. De som ansåg sig vara välinformerade kring hur operationen eventuellt kunde påverka deras sexuella liv hade en bättre sexuell funktion efter hysterektomin (Sözeri-Varma et al., 2011).

En högre ålder, ofta postmenopausala kvinnor, sammankopplades med en försämrad sexuell funktion, bland annat gällande sexuell lust, orgasm och lubrikation (Bayram & Şahin, 2008; Rodríguez et al., 2012). Andra faktorer som påverkade den sexuella funktionen negativt var om kvinnan hade depressiva symtom och nedsatt fysisk hälsa (Bayram & Şahin, 2008; Peterson et al., 2010).

Förbättrad sexuell aktivitet

Hysterektomin resulterade i en större andel sexuellt aktiva kvinnor (Gorlero et al., 2008; Brucker et al., 2014; Farquar, Sadler & Stewart, 2008). När en laparoskopisk hysterektomi utfördes upptog fler kvinnor som genomgått SLH sexuell aktivitet snabbare, samt hade regelbundet sex oftare, jämfört med TLH. Det var även fler i SLH som ansåg att deras sexualliv förbättrats postoperativt (Brucker et al., 2014). När en abdominell operationsmetod istället användes hade en förbättring i antalet sexuellt aktiva kvinnor uppstått inom både SAH och TAH, utan någon signifikant skillnad mellan grupperna (Gorlero et al., 2008). Vid jämförelse av kvinnor som genomgått hysterektomier av abdominell eller vaginal metod och icke hysterektomerade kvinnor framkom ingen större skillnad gällande sexuell funktion eller antalet sexuellt aktiva fem år efter hysterektomin (Farquar et al., 2008).

Påverkan av kvinnors livskvalitet vid hysterektomi

De flesta kvinnor upplevde att deras kroppsuppfattning förbättrats utan att synen på deras femininitet påverkats. Det psykiska och fysiska välmåendet ökade, samtidigt som kroppssmärtan minskade.

Uppfattning av den egna kroppen

En del kvinnor såg livmodern som en symbol för femininitet, sexualitet samt fertilitet (Sözeri-Varma et al., 2011; Bayram & Şahin, 2008). Förlust av livmodern kunde därmed associeras med en förlorad kvinnlighet, varpå den sexuella funktionen påverkades negativt (Sözeri-Varma et al., 2011). Kvinnors kroppsuppfattning, alltså självkänsla och uppfattning om den egna kroppen, förbättrades postoperativt för både TAH och SAH. Hos de kvinnor som genomgått SAH observerades däremot en större förbättring (Gorlero et al., 2008). Den självskattade sexuella funktionen påverkades till viss del av kvinnans kroppskänsla samt nivå av intimitet och ömhet i hennes relationer (Peterson et al., 2010). Vidare hade många kvinnor postoperativt en positiv attityd gällande den utförda hysterektomin där de kände en lättnad och inte ansåg att synen på sin femininitet påverkats (Theunissen et al., 2017; Peterson et al., 2010; Humalajärvi et al., 2014).

Förbättrat välmående

Kvinnors självskattade livskvalitet förhöjdes efter operation, vilket indikerade en förbättring från den preoperativa tiden (Radosa et al., 2014; Golero et al., 2008). Det fanns ingen signifikant skillnad i den postoperativa livskvaliteten mellan SLH, TLH och VH (Radosa et al., 2014). Istället påvisas en skillnad mellan SAH och TAH där de som genomgått SAH hade en förbättrad livskvalitet efter operation (Gorlero et al., 2008). Denna kategori har två subkategorier, se nedan.

Psykiskt välmående

Inom begreppet psykiskt välmående inkluderades bland annat vitalitet, övergripande mental hälsa, emotionell rollfunktion och social funktion. Välmåendet skiljde sig inte mellan kvinnor som genomgått olika typer av hysterektomier (Skorupska et al., 2016a; Andersen et al., 2014b; Persson, Brynhildsen & Kjølhede, 2010a; 2010b; Theunissen et al., 2017). Istället uppstod en skillnad över tid, där det psykologiska välmåendet initialt försämrades för varje dag som ledde upp till operation (Persson et al., 2010b). Efter hysterektomin ökade däremot välmåendet dag för dag för samtliga operationsmetoder, utan någon signifikant skillnad mellan dessa (Persson et al., 2010a; 2010b; Theunissen et al., 2017; Humalajärvi et al., 2014). Detta skiljde sig från resultatet av Ellström-Eng och medarbetare (2010) där kvinnor som genomgått SH, oberoende om den var laparoskopisk, abdominell eller vaginal, hade en större positiv förändring i psykologisk hälsa jämfört med de som genomgått TH. Att innan operation ha ett ökat välmående i kombination med

socialt stöd och känsla av optimism resulterade i ett förbättrat mående postoperativt. Om kvinnan däremot kände av operationsrelaterad oro och smärta, samt hade ett sämre mående innan operation påverkades välmåendet negativt efter hysterektomin (Theunissen et al., 2017). Ett negativt samband gick även att finna mellan kvinnans välmående och förekomst av mindre komplikationer där välmåendet minskade vid tillkommande av komplikation (Persson et al., 2010b).

I de fall där kvinnor preoperativt hade höga nivåer av depressiva symtom och ångest, kunde det bero på besvär av gynekologiska symtom eller förväntningar kring operation (Sözeri-Varma et al. 2011). Ytterligare faktorer som påverkade uppkomst av depressiva symtom var aktuellt ångesttillstånd, hög ångestbenägenhet samt ålder yngre än 50 år (Vandyk et al., 2011). Majoriteten av kvinnor med eventuella depressiva symtom före operation upplevde en minskning av dessa postoperativt (Bayram & Şahin, 2008; Sözeri-Varma et al., 2011; Farquar et al., 2008; Theunissen et al., 2017; Vandyk, Brenner, Tranmer & Van Den Kerkhof, 2011). Även om minskning av depressiva symtom skedde för majoriteten var det inte fallet för alla. I studien av Vandyk et al. (2011) där 384 kvinnor inkluderades hade 36 % depressiva symtom preoperativt. Av dessa kvinnor hade 15 % fortsatta besvär efter operation och 6 % uppvisade nya symtom.

Fysiskt välmående

Begreppet fysiskt välmående utgjordes av fysisk funktion, generell hälsa, och fysisk rollfunktion. Kvinnorna upplevde en förbättrad fysisk funktion efter operation. Även de som preoperativt upplevde sig fysiskt begränsade i sitt dagliga liv kände en förbättring efter hysterektomin (Humalajärvi et al., 2014). De som genomgått SLH upplevde sig ha en bättre fysisk hälsa jämfört med TAH och VH (Skorupska et al., 2016a). Det förekom ingen skillnad vid jämförelse av de abdominella metoderna SAH och TAH (Andersen et al., 2014b; Skorupska et al., 2016a).

De vanligaste postoperativa komplikationerna som kvinnorna besvärades av var sårinfektion, livmoderhalsinflammation, urinvägsinfektion och fatigue (Persson et al. 2010a; 2010b). För de kvinnor som preoperativt upplevt tarmproblem såsom diarré, förstoppning, uppsvälldhet och magsmärta resulterade hysterektomin i en reducering av dessa symtom (Farquar et al., 2008; Humalajärvi et al., 2014). Hos de kvinnor som innan operation inte hade några

inkontinensbesvär, utvecklades urininkontinens hos somliga postoperativt oberoende om hysterektomin var av laparoskopisk, abdominell eller vaginal metod (Skorupska et al., 2016b; Humalajärvi et al., 2014). Om kvinnan däremot redan besvärades av urininkontinens preoperativt upplevde hon en reduktion av dessa problem efter operation (Farquar et al., 2008). Inte heller för dessa kvinnor förekom en signifikant skillnad i förekomst av urininkontinens mellan metoderna (Andersen et al., 2014b; Skorupska et al., 2016b). Vid mätning fem till 14 år efter operation hade fler kvinnor som genomgått SAH än TAH besvär med urininkontinens. Antalet kvinnor med inkontinens ökade med åren (Andersen et al., 2014a; 2014b).

Gällande gynekologiska besvär upplevde många premenopausala kvinnor en ökad vaginal torrhet samt värmevallningar fem år efter operation. Ett fåtal kvinnor upplevde dessutom abnormala icke cykliska blödningar från vaginan postoperativt (Farquar et al., 2008; Andersen et al., 2014a). En del kvinnor som genomgått SAH fick fortsatta cykliska vaginala blödningar (Andersen et al., 2014a; Golero et al., 2008; Persson et al., 2010a)

Smärta

Somliga benigna indikationer till hysterektomi, exempelvis endometrios och myom, orsakade smärta hos kvinnorna innan operation. Kvinnorna kände av smärta vid samlag och/eller abdominell smärta (Peterson et al., 2010; Brucker et al., 2014). De flesta kvinnor upplevde en förminskad kroppssmärta efter hysterektomin (Humalajärvi et al., 2014; Brucker et al., 2014). Av 186 kvinnor upplevde 93 besvär av smärta fyra månader efter operation varav 48 kvinnor kände daglig smärta. De vanligaste lokalisationerna för smärtan var bäckenområdet och vid ett eventuellt abdominellt snitt. En del kvinnor upplevde även samlagssmärter. Ungefär hälften av de med postoperativ smärta upplevde att smärtan negativt påverkade deras humör och livsglädje (Pinto et al., 2012).

Yngre premenopausala kvinnor som genomgått SAH och TAH hade en ökad risk för att utveckla kvarvarande postoperativ smärta (Pinto et al., 2012; Pinto, McIntyre, Almeida & Araújo-Soares, 2011). Dessa kvinnor visade många gånger ett sämre psykologiskt tillstånd, med mer ångest, depression och katastroftankar relaterade till smärta (Pinto et al., 2011). Preoperativ ångest och smärta i kombination med smärtekatastrofiering, alltså svårigheter att hantera smärtan, ökade

riskan för en högre smärtpåverkan efter operation (Pinto et al., 2012; Pinto et al., 2011). Om kvinnan hade förekomst av smärta (Theunissen et al., 2017; Vandyk et al., 2011), en hög smärtnivå samt smärta som påverkade det dagliga livet riskerade kvinnan att också drabbas av depressiva symtom både pre- och postoperativt (Vandyk et al., 2011).

DISKUSSION

Hysterektomin ledde till en större andel sexuellt aktiva kvinnor. Kvinnornas sexuella funktion förbättrades efter hysterektomin men var fortfarande tillräckligt låg för att indikera sexuell dysfunktion. De med en normal FSFI-poäng preoperativt hade en oförändrad sexuell funktion efter operation. Det innebär att det var kvinnor som hade en dysfungerande funktion redan innan hysterektomin som upplevde förbättringen. När kvinnor var välinformerade kring hur deras sexuella liv skulle påverkas av hysterektomin resulterade det i en förhöjd sexuell funktion. Kvinnorna upplevde även en förbättrad kroppsuppfattning, där de inte ansåg att deras femininitet påverkats. Den självskattade livskvaliteten förhöjdes också då det psykiska och fysiska välmåendet förbättrades samtidigt som kroppssmärtan minskade. De flesta kvinnor med depressiva symtom preoperativt upplevde en minskning av dessa efter operation. Hysterektomin resulterade i minskade tarmproblem medan urininkontinens uppstod hos vissa.

Resultatdiskussion

Sexuell dysfunktion

I resultatet av denna studie påvisades att endast de kvinnor där FSFI-poängen preoperativt indikerade sexuell dysfunktion påvisade en förbättrad sexuell funktion efter operation (Radosa et al., 2014). Trots att många kvinnor upplevde sin sexuella funktion som förbättrad var FSFI-poängen fortfarande tillräckligt låg för att påvisa att sexuell dysfunktion förelåg (Radosa et al., 2014; Skorupska et al., 2016a; Bayram & Şahin, 2008; Rodríguez et al., 2012). Då många kvinnor påverkades av dysfunktion innan hysterektomin krävs det mer forskning om preoperativ sexuell funktion samt vilka faktorer som påverkar denna. Svårigheten ligger i att påvisa om den preoperativa sexuella dysfunktionen till största del beror på indikation till operation eller av andra faktorer. Det går inte heller att avgöra om den postoperativa dysfunktionen enbart beror på hysterektomin i sig eller annat. Det sexuella samspelet med kvinnans partner är exempelvis något

som påverkar den sexuella funktionen. Om partnern besväras av egna sexuella problem kan detta också resultera i en negativ påverkan på kvinnans funktion, oavsett genomgången hysterektomi eller inte (Borgfeldt et al., 2010). Detta överensstämmer med vad denna studie påvisade om att kvinnans sexuella funktion till viss del påverkades av den intimitet och ömhet som fanns i hennes relationer (Peterson et al., 2010). De kvinnor som ansåg att sexualitet var en viktig del av livet hade en högre skattad sexuell lust efter hysterektomin (Bayram & Şahin, 2008). Den vanligaste anledningen till dysfungerande lust är problem i relationen med sin partner (Rydling, 2018). De kvinnor som inte värdesatte sexualitet hade eventuellt inte en optimal sexuell relation med sin partner, vilket påverkade lusten negativt.

Endast en studie visade en försämrad sexuell funktion efter hysterektomin (Bayram & Şahins, 2008). En tänkbar anledning till detta är att den studien hade den kortaste uppföljningstiden, nämligen tre månader. I de resterande studierna skedde uppföljningen antingen sex eller 12 månader efter operation (Radosa et al., 2014; Skorupska et al., 2016a; Rodríguez et al., 2012). Då det inte går att se exakt när förbättringen i dessa studier har skett går det inte utesluta att dessa kvinnor också skulle erhållit en försämrad FSFI om de följts upp tre månader efter hysterektomin.

Kvinnor med endometriosis som operationsindikation var också en riskfaktor för sexuell dysfunktion efter hysterektomin (Peterson et al., 2010). Endometriosis ger många gånger symtom som dyspareuni, alltså samlagssmärter samt smärta i buk och/eller bäckenet (Borgfeldt et al., 2010). I resultatet av denna studie framkom att kvinnor med endometriosis postoperativt upplevde svårigheter att uppnå samt njuta av orgasm. Orgasmdysfunktion av sekundär sort kan orsakas av tidigare sjukdom, operation eller trauma (Rydling, 2018). Då endometriosis kan orsaka samlagssmärter kan en anledning till det påvisade resultatet eventuellt kunna vara att associationer med smärtsamma samlag preoperativt påverkade den sexuella njutningen efter hysterektomi. Det behövs därför ytterligare forskning kring olika operationsindikationer och hur kvinnor påverkas av dessa sexuellt både innan och efter operation. Äldre kvinnor hade också större risk för att utveckla sexuell dysfunktion, bland annat gällande lubrikationen (Bayram & Şahin, 2008; Rodríguez et al., 2012). Kvinnors sexuella gensvar kan redan i perimenopausen upplevas som förändrad. Då den äldre kvinnan får skörare och tunnare slemhinnor blir hennes

lubrikation sämre. En del äldre kvinnor, oberoende om de opererat bort livmodern eller inte, upplever sig ha växt upp i ett samhälle som satt tryck på dem att vara återhållsamma i sin sexualitet. Vissa av dem upplever att inställningen till deras sexualitet är negativ (Rydling, 2018). I litteraturöversikten av Le Cornu (1999) beskriver en kvinna i medelåldern att vid frågan om hur snabbt hon kunde återgå till normal sexuell aktivitet efter hysterektomin hade en läkare svarat att hon inom kort kunde uppta normal aktivitet men att det inte borde vara så viktigt i hennes ålder. Sjuksköterskans inställning blir därmed essentiell, där de får se till kvinnans behov av sexualitet, oavsett ålder (Rydling, 2018). Här kan Joyce Travelbees omvårdnadsteori (Travelbee, 1971) appliceras då sjuksköterskan alltid bör se varje person som sin egen individ och ta reda på de individuella upplevelserna utan att generalisera patienter. Detta går därmed att tillämpas gällande sjuksköterskans förhållningssätt kring äldre kvinnors sexualitet, där detta behov inte ska förbises på grund av kvinnans ålder.

Skillnader i sexuell funktion och aktivitet mellan operationsmetoder

Denna studie kunde inte med säkerhet konstatera några skillnader mellan operationsmetoder eftersom resultatet var motsägelsefullt. Skillnader påvisades delvis, där SLH hade högst skattad sexuell funktion och VH hade lägst (Skorupska et al., 2016a; Bayram & Şahin, 2008). Inkonsekvent till detta identifierades även inga skillnader mellan metoderna (Radosa et al., 2014; Brucker et al., 2014; Peterson et al., 2010). Detsamma gällde vid mätning av postoperativ sexuell aktivitet, där fler kvinnor som genomgått SLH upptog sexuell aktivitet snabbare och hade sex oftare jämfört med TLH (Brucker et al., 2014). Vid jämförelse av SAH och TAH påvisades ingen skillnad i den sexuella aktiviteten (Gorlero et al., 2008). Denna studie har alltså inte kunnat påvisa någon följdriktighet angående skillnader mellan operationsmetoder gällande sexuell funktion och aktivitet. Detsamma gäller för litteraturöversikten av Pauls (2010) där det istället nämns att andra faktorer såsom hög ålder och förekomst av depressiva symtom har en större påverkan på sexuell funktion än självaste operationsmetoden. Det krävs mer forskning om eventuella skillnader mellan operationsmetoder och på vilka sätt dessa påverkar kvinnors postoperativa sexuella funktion.

Informationens betydelse för den sexuella hälsan

En del kvinnor vågade inte diskutera sina frågor angående sexuell funktion med vårdpersonal. Vissa förväntade sig redan innan operation en negativ effekt på sexuallivet efter borttagandet av livmodern (Sözeri-Varma et al., 2011; Bayram & Şahin, 2008). Om kvinnor var välinformerade kring postoperativ sexuell funktion redan innan operationen resulterade det i en förbättring efter hysterektomin (Sözeri-Varma et al., 2011). Detta överensstämmer med resultatet av Wade et al. (2000) där kvinnor ansåg att de lättare kunde överkomma sexuella problem efter hysterektomin om de erhölet information om dessa innan operation. I denna studie går det inte att utesluta att en del kvinnor med postoperativ dysfungerande sexuell funktion till viss del erhölet otillräcklig information preoperativt. Somliga kvinnor beskrev sexualitet som ett tabubelagt ämne som gärna inte diskuteras (Skorupska et al., 2016a). Även om sexualitet kan upplevas som ett känsligt ämne är det viktigt att vårdpersonal inte drar sig för att diskutera detta, med hänsyn för personlig integritet. Det är särskilt viktigt då den största anledningen till preoperativ ångest är oro över hur den sexuella funktionen kommer att påverkas efter hysterektomin (Fram et al., 2012). Sjuksköterskan, lika väl som övrig vårdpersonal, bör därmed ser till att kvinnan får chans att, i en lugn och trygg miljö, bygga upp ett förtroende för att våga ventilera sina tankar och känslor (Brattberg & Hulter, 2010). Travelbee (1971) menar i sin omvårdnadsteori att för att kunna uppnå en mellanmänsklig relation som inger tillit är kommunikation det viktigaste redskapet som sjuksköterskan kan använda sig av. Detta är särskilt viktigt när det kommer till att nå de som verkar motvilliga till att prata om sin sexualitet. Genom att sjuksköterskan visar empati för kvinnor i dessa situationer kan det bidra till att hon upplever en närhet och djupare kontakt med sjuksköterskan (Travelbee, 1971).

För en del kvinnor hade livmodern en betydande roll för deras känsla av kvinnlighet (Sözeri-Varma et al., 2011; Bayram & Şahin, 2008). Många kvinnor påvisade dock en positiv attityd gällande hysterektomin där de inte ansåg att synen på deras kvinnlighet eller kroppsuppfattning försämrats (Vandyk et al., 2011; Humalajärvi et al., 2014; Peterson et al., 2010). Snarare ansåg många att deras kroppsuppfattning förbättrats (Gorlero et al., 2008). Yngre kvinnor riskerar till större grad att drabbas av motstridiga tankar kring deras kvinnlighet efter hysterektomin (Cabness, 2010). En anledning till att denna studie påvisar en oförändrad eller förbättrad kroppsuppfattning kan bero på att majoriteten av kvinnorna var äldre. När livmodern avlägsnas

kan kvinnan uppleva detta som ett stympande ingrepp och därmed få en försämrad kroppsuppfattning och ett sämre välmående (Borgfeldt et al., 2010). Kvinnor som känner sig stympade efter hysterektomin är ofta de som inte förberetts tillräckligt. Detta är vanligare vid operation på malign indikation då dessa operationer är akuta och tid för grundläggande informationsgivning inte alltid finns (Nathorst-Böös & Helström, 1996). En annan anledning till att kvinnorna i denna studie till största del inte kände att deras kroppsuppfattning påverkats skulle då eventuellt kunna bero på att dessa kvinnor till stor del ansett sig nöjda med den information som de erhållit. Även två litteraturstudier av Sutton (2010) och Pauls (2010) har konstaterat att kroppsuppfattningen förbättrats efter hysterektomi.

Identifiering av riskfaktorer för en ökad livskvalitet

Riskfaktorer för försämrat postoperativt välmående eller uppkomst av depressiva symtom både innan och efter hysterektomin var smärta, hög ångestbenägenhet, operationsrelaterad oro samt en yngre ålder (Vandyk et al., 2017; Theunissen et al., 2017; Pinto et al., 2011). Något som denna studie även konstaterade var att yngre kvinnor hade en större risk att drabbas av depressiva symtom (Vandyk et al., 2011). Det går här att spekulera i att detta delvis kan bero på den kirurgiskt inducerade infertiliteten. Detta då förlusten av förmågan till barnabärandet drabbar yngre kvinnor till en större grad än de som inte längre är i åren för barnafödande (Cabness, 2010). Eftersom yngre kvinnor oftare upplever känslor av sorg och förlust efter hysterektomin (Wade et al., 2000; Reis et al., 2008) är det väldigt viktigt som vårdpersonal att ha detta i åtanke när dessa kvinnor ska informeras om operationen.

Då studien identifierat olika riskfaktorer för försämrat välmående (Vandyk et al., 2017; Theunissen et al., 2017; Pinto et al., 2011) är nästa steg att jobba förebyggande för att se till att det postoperativa välmåendet ökar ytterligare. För att minimera konsekvenser av negativ natur efter hysterektomin är en god information preoperativt av högsta betydelse. Det är av stor vikt att sjuksköterskan uppmärksammar både eventuellt negativa samt positiva förändringar som kvinnorna kan uppleva efter operation. Postoperativ försämring av sexuell hälsa och välmående beror sällan på borttagandet av själva organet, utan av andra påverkande faktorer. Därmed är det oerhört viktigt att innan operation uppmärksamma de kvinnor med erhållande riskfaktorer, som exempelvis depressiva symtom, oro eller smärta, för att minska risken för försämrat tillstånd efter

operation (Nathorst-Böös & Helström, 1996). De faktorer som går att åtgärda bör utföras i allra högsta grad innan hysterektomin. Åtgärderna skulle då kunna vara tidig smärtlindring och samtalsstöd eller stödgrupper vid oro och ångest. Detta för att se till att kvinnor erhåller bästa möjliga välmående efter operation vilket kommer resultera i en kortare vårdtid och därmed minskade samhällskostnader (Stjerndahl et al., 2013).

Förbättrat psykiskt och fysiskt välmående

Ett förbättrat postoperativt psykiskt mående påvisades för majoriteten av kvinnorna (Ellström-Eng et al., 2010; Humalajärvi et al., 2014; Persson et al., 2010a; Persson et al., 2010b; Theunissen et al., 2017), där även de depressiva symtomen minskade för de flesta kvinnor med besvär innan operation (Bayram & Şahin, 2008; Sözeri-Varma et al., 2011; Farquar et al., 2008; Theunissen et al., 2017; Vandyk et al., 2011). I resultatet påvisade endast en studie att den fysiska funktionen förbättrades efter operation (Humalajärvi et al., 2014) medan resterande studier fokuserade på skillnader mellan operationsmetoder (Andersen et al., 2014b; Skorupska et al., 2016a). Ingen studie identifierade dock en försämrad postoperativ fysisk funktion, varpå slutsatsen kan dras om att hysterektomin resulterar i goda förutsättningar gällande både psykiskt och fysiskt välmående. Kvinnorna upplevde dessutom en förminskad kroppssmärta efter hysterektomin (Humalajärvi et al., 2014; Brucker et al., 2014). Den minskade kroppssmärtan är också något som litteraturstudien av Sutton (2010) påvisat. En anledning till det ökade välmåendet kan vara att många preoperativa symtom som kvinnorna besvärades av, såsom samlagssmärta, urin- och tarmrelaterade problem minskar efter operationen, vilket i sin tur höjer det psykiska och fysiska välmåendet. I och med förbättrat välmående ökar kvinnornas totala livskvalitet (Sutton, 2010; Pauls, 2010).

Vid jämförelse mellan olika operationsmetoder framkom att SLH upplevde sig ha en bättre fysisk hälsa jämfört med TAH och VH (Skorupska et al., 2016a). Noterbart är att vid jämförelse av endast abdominell operationsmetod påvisades ingen skillnad mellan SAH och TAH (Andersen et al., 2014b; Skorupska et al., 2016a). Detta resultat indikerar att förbättringen i fysiskt välmående hos kvinnorna som genomgått SLH grundar sig i den laparoskopiska metoden snarare än att den utförts supravaginalt. Den laparoskopiska hysterektomin resulterar i en kortare vårdtid samt snabbare återhämtning för kvinnorna än vid abdominell hysterektomi (Socialstyrelsen 2009;

Flam & Lundberg, 2007). Därmed kan kvinnor som genomgått en laparoskopisk hysterektomi tidigare uppnå en fullgod fysisk hälsa vilket kan vara en bidragande faktor till det erhållna resultatet.

Kvinnor med urinrelaterade besvär preoperativt upplevde en minskning av dessa problem efter hysterektomin (Farquar et al., 2008). Detta är även något som Sutton (2010) kommit fram till. I studien av Andersen et al. (2014b) påvisades dock en ökad andel kvinnor med urininkontinens efter 14 år. En högre ålder ökar risken för utvecklande av urininkontinens, oavsett om kvinnan genomgått en hysterektomi eller inte (Borgefeldt et al., 2010). Resultatet kan därmed bero på att uppföljningen är gjord så pass lång tid efter operation att kvinnornas ålder hunnit bli hög. Trots detta kan hysterektomi ses som en riskfaktor för utvecklande av urininkontinens (Skorupska et al., 2016b; Flam, 2008). En generell preventiv åtgärd för inkontinens är bäckenbottenträning, varpå detta är något som bör rekommenderas till alla patienter efter hysterektomin, oavsett vilken operationsmetod som användes (Skorupska et al., 2016b). Det är därmed viktigt att inför operationen informera kvinnor om den eventuella risken som finns för utveckling av inkontinens, och då rekommendera henne om bäckenbottenträning, som innefattar dagliga knipövningar (Borgefeldt et al., 2010). Denna studie har alltså funnit att livskvaliteten, sexualiteten och kroppsuppfattningen generellt ökar för kvinnor, vilket överensstämmer med resultatet av två tidigare utförda litteraturstudier (Sutton, 2010; Pauls, 2010). Enligt årsrapporten från Gynop år 2018 anser nio av tio kvinnor som genomgått en hysterektomi sig nöjda och förbättrade efter hysterektomin vid mätning ett år efter operation (Pålsson, 2018).

Hysterektomin resulterade generellt i goda förutsättningar för kvinnorna. De upplevde en förbättrad sexuell funktion, ett ökat psykiskt och fysiskt mående samt minskad smärta. Detta skapar en positiv verkan för både individ och samhälle. Kvinnor som känner sig trygga med sin vård och som efter operationen känner att de får stöd bidrar till kortare vårdtider och en bättre återhämtning. (Stjerndahl, Löfgren & Renström, 2013). Ett kortare postoperativt förlopp leder till att kvinnorna kan återgå till normala aktiviteter snabbare. Kvinnors sexualitet och livskvalitet kan påverkas olika beroende på hur god information de erhållit innan operation. Det är därför viktigt att sjuksköterskan i sin yrkesroll har ett etiskt förhållningssätt där varje person erhåller en tillräcklig och lämplig information som både är individanpassad och korrekt. Detta för att

kvinnan ska kunna ge samtycke till den vård som ska ges och för att själv kunna känna sig delaktig i vårdförloppet. Genom att sjuksköterskan visar respekt, medkänsla och lyhördhet kan kvinnorna känna sig trygga och säkra med sin vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Metoddiskussion

Styrkor med studien

En styrka med denna studie var att databaserna PubMed och CINAHL användes vid sökning av relevant litteratur eftersom dessa innehåller artiklar inom medicin och omvårdnad. För att endast få fram den mest relevanta och aktuella forskningen valdes artiklar publicerade år 2008 eller senare. Endast studier rörande hysterektomier på benign indikation inkluderades då utfallet annars hade blivit för brett. Som tidigare nämnt har författarna inte tagit hänsyn till om kvinnorna genomgått en hysterektomi med salpingektomi och/eller oophorektomi. Detta eftersom det vid analys av studiernas resultat inte framkommit några skillnader hos de kvinnor som endast genomgått en hysterektomi jämfört med de som även genomgått salpingektomi/oophorektomi (Skorupska et al., 2016a; Sözeri-Varma et al., 2011; Vandyk et al., 2011; Peterson et al., 2010).

En styrka med den valda metoden var att författarna använde sig av Forsberg och Wengströms (2013) innehållsanalys, vilket gör att studierna granskades noggrant och all relevant information togs därmed fram. De flesta inkluderade artiklar var randomiserade och icke randomiserade vilket bidrog till att höja bevisvärdet (Forsberg & Wengström, 2013). Samtliga studiers resultat baserades på svar på enkäter. Vid undersökning med enkäter kan författarna nå ut till många individer som får svara på samma frågor. Detta ger ett så pass stort urval vilket bidrar till att resultatet kan generaliseras och appliceras på en större population än den som undersöktes. Utifrån resultatet kan en analys utföras där statistiska jämförelser genomförs mellan olika grupper (Polit & Beck, 2018; Forsberg & Wengström, 2013).

Vid bedömning av studiernas kvalitet användes modifierade versioner av Willman, Stoltz & Bahtsevanis (2011) granskningsmallar. Den ena mallen användes för de randomiserade studierna och den andra för de icke- randomiserade studierna. Ytterligare en styrka med studien var att de inkluderade studierna erhöll medelhög eller hög kvalitet efter kvalitetsgranskningen. Två artiklar från Tyskland som fick låg kvalitet efter granskningen exkluderades. Endast två av 20 artiklar

hade ett bortfall på över 50 % vilket ökar den totala generaliserbarheten av studien. Inom all forskning är en god etik av stor betydelse. Därför var det viktigt att alla inkluderade studier hade blivit godkända av en etisk kommitté alternativt att etiska överväganden tagits i åtanke. Vid etiska överväganden ska forskarna redogjort för att de värnat om deltagarnas välmående och inte haft intention att orsaka skada eller men. Studiernas etiska värde grundar sig även i hur väl resultaten är redovisade samt hur noggrant slutsatserna är presenterade (Forsberg & Wengström, 2013).

Svagheter med studien

Syftet med litteraturstudien var initialt att undersöka kvinnors upplevelser av sexualitet och livskvalitet vid hysterektomi på benign indikation med hjälp av kvalitativa artiklar. På grund av författarnas valda inklusions- och exklusionskriterier fanns det ingen aktuell studie med kvalitativ ansats. Dessa var antingen publicerade innan år 2008 eller inkluderade kvinnor som opererats på grund av malignitet. Både frågeställning och syfte ändrades därför till att istället beröra hur kvinnors sexualitet och livskvalitet påverkades vid hysterektomi. Detta gjordes för att öppna upp för inkludering av kvantitativa artiklar. Trots att inklusionskriterierna var både kvantitativa och kvalitativa originalartiklar blev endast studier av kvantitativ design inkluderade i slutändan. Resultatet baserades därmed på svar från flera enkäter. Eftersom både sexualitet och livskvalitet är svårt att mäta och oerhört komplext kan kvantitativ metod med enkäter riskera att ge en ensidig och förenklad bild av ämnet. Resultatet blir då svårt att uttrycka i figurer och tabeller (SBU, 2012; Nathorst-Böös & Helström, 1996). Exkluderingen av malignitet kan vara en svaghet då många kvalitativa studier som besvarade syftet exkluderades. För att få tillgång till fler kvalitativa studier hade exklusionskriterierna kunnat göras om till att inkludera studier innan år 2008. En nackdel med vald metod är att de flesta studier är från PubMed och endast en från CINAHL. För att erhålla ett bredare utfall hade det kunnat vara bra att använda sig av fler databaser.

En annan svaghet med studien kan vara att studier från olika delar av världen inkluderats. Detta eftersom olika länder kan bedriva sjukvård på olika sätt, där vården av kvinnor som ska genomgå hysterektomier kan skilja sig från land till land. Även om det säkerligen förekommer kulturella

skillnader har denna studie inte inkluderat artiklar från tillräckligt många delar av världen för att kunna dra slutsatser om hur dessa ser ut och hur de påverkar kvinnorna.

Vid mätning av livskvalitet och smärta användes en mängd olika enkäter för att mäta i stort sett samma sak, vilket försvårade tolkningen av resultatet. Trots att flera enkäter använts, har endast EQ-5D och SF-36 redovisats i detta arbete då deras domäner inkluderats i övriga studiers enkäter. Antalet domäner och hur dessa kombinerats har dock sett olika ut, men EQ-5D och SF-36 blir ändå representativa för det som har mätts varpå det var dessa som redogjorts för. Då vissa av de andra enkäterna endast inkluderat ett fåtal domäner, skulle detta kunna påverka validiteten, alltså om det som var relevant för sammanhanget verkligen har mätts. Eftersom resultatet från samtliga enkäter till stora delar stämmer överens har liknande resultat uppnåtts vid olika mätningar. Dessa mätningar har därmed gjorts på ett tillförlitligt sätt vilket stärker reliabiliteten och generaliserbarheten av denna studie (Forsberg & Wengström, 2013). För att göra det enklare att utvärdera studiernas resultat hade det dock varit bättre om det endast fanns en eller ett fåtal standardenkäter. För att mäta kvinnors sexualitet vid hysterektomi användes mätinstrumentet FSFI som finns beskrivet tidigare. Den ursprungliga FSFI enkäten avsåg endast att mäta sexuell funktion hos heterosexuella kvinnor (Rosen et al., 2000). Det finns dock idag en modifierad version som anpassar sig för kvinnor i homosexuella relationer (Tracy & Junginger, 2017). Ingen av de inkluderade studierna förutom en av Peterson et al. (2010) presenterade kvinnornas olika sexuella läggningar. Det framgår dock inte i någon av de undersökta studierna ifall den modifierade versionen av FSFI använts, varpå det inte går att anta att det framtagna resultatet gäller för kvinnor med en annan läggning än heterosexualitet. Det är av stor vikt att framtida forskning inkluderar modifierade mätinstrument och inte utgår från en heteronormativ utgångspunkt.

De modifierade versionerna av kvalitetsgranskningsmallarna bestod av "ja", "nej" och "vet ej" frågor. En brist med dessa granskningsmallar är att alla frågor erhöll samma poäng. För att stärka kvaliteten skulle olika frågor kunna ge olika höga poäng beroende på vad författarna ansåg vara mest betydelsefullt kvalitetsmässigt. En studie från Polen hade inte valt att redovisa sitt bortfall vilket ses som en brist då detta kan dra ner generaliserbarheten. Studien erhöll dock medelhög kvalitet efter kvalitetsgranskningen och valdes därmed att inkluderas ändå.

Kliniska implikationer

Resultatet av denna studie visar att kvinnor generellt har en god sexualitet, livskvalitet, psykiskt och fysiskt välmående samt kroppsuppfattning efter hysterektomi. När kvinnorna kände sig välinformerade kring hur deras sexualitet och livskvalitet skulle påverkas resulterade det i en förbättrad sexuell funktion. Trots att de flesta kvinnor upplevde hysterektomin som positiv hade många kvinnor en sexuell dysfunktion både pre- och postoperativt. Det krävs därmed mer forskning med kvalitativ design för att kunna få en djupare bild av vad dysfunktionen beror på. I kombination med det krävs mer forskning där kvinnor undersökts över tid, från innan till efter operation i syfte att kunna påvisa förändringar. Det behövs också mer kunskap kring vilken inverkan olika operationsmetoder har på både sexualitet och livskvalitet.

Många kvinnor känner sig dåligt informerade kring hysterektomi och dess konsekvenser. Inför beslutet att genomgå en hysterektomi är det viktigt att sjuksköterskan finns nära för ge kvinnan stöd och adekvat information. Denna studie kan ge sjuksköterskor mer kunskap och förståelse då arbetet visar hur kvinnor påverkas, både positivt och negativt av hysterektomier. Kunskapen kan förmedlas och diskuteras med kvinnan inför hysterektomin så hon känner sig trygg med sitt beslut att opereras. Resultatet skulle även kunna stå till grund för preoperativa informationsblad. Som Travelbee (1971) beskriver bör en mellanmänsklig relation skapas mellan sjuksköterska och patient där en öppen dialog kan föras. Riskfaktorer för eventuella negativa konsekvenser kan därmed uppmärksammas av sjuksköterskan och åtgärdas tidigt. Detta i syfte att kvinnor ska känna sig trygga med vården samt uppleva att de fått tillräckligt med stöd.

Slutsats

Kvinnor som genomgått hysterektomi på benigna indikationer hade en förbättrad sexuell funktion, livskvalitet samt kroppsuppfattning efter operation. Fastän många kvinnor upplevde sin sexuella funktion som förbättrad hade de fortfarande en dysfunktion efter hysterektomin. Livskvaliteten förbättrades också genom att det psykiska och fysiska välmåendet ökade medan kroppssmärtan minskade. Hysterektomin resulterade även i en större andel sexuellt aktiva kvinnor. Det är väsentligt att kvinnorna erhåller tillräcklig information samt stöd från sjuksköterskan för att uppnå en fullgod sexualitet och livskvalitet efter hysterektomin. Även om

mer forskning behövs kan denna studie användas som underlag för framtida forskning så väl som för preoperativ information.

REFERENSER

* = Inkluderade artiklar i resultatet.

- *Andersen, LL., Zobbe, V., Ottesen, B., Gluud., Tabor, A & Gimbel H. (2014a). Five-year follow up of a randomized controlled trial comparing subtotal with total abdominal hysterectomy. *BJOG: An international Journal of Obstetrics and Gynecology*, 122(6), 851-857. doi: 10.1111/1471-0528.12914
- *Andersen, L.L., Ottesen, B., Alling-Møller, L.M., Gluud, C., Zobbe, V., Hoffmann, E & Gimbel, H.M. (2014b). Subtotal versus total abdominal hysterectomy: randomized clinical trial with 14-year questionnaire follow-up. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 212(6), 758. e1-54. doi: 10.1016/j.ajog.2014.12.039.
- *Bayram, O.G., & Şahin, H.N. (2008). Hysterectomy's psychosexual effects in Turkish women. *Sexuality and Disability*, 26 (3), 149-158. doi: 10.1007/s11195-008-9085-9
- Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E., & Andersson, U. (2010). *Obstetrik och gynekologi*. (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Brattberg, A & Hulter, B. (2010). Samtal- en del i utredningen av sexuella problem. I P.O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtensson (Red.), *Sexologi* (s.274-282). Stockholm: Liber.
- Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health policy*, 37(1), 53-72. doi: 10.1016/0168-8510(96)00822-6
- *Brucker, S., Taran, F-A., Bogdanyova, S., Ebersoll, S., Wallwiener, C., Schönfisch, B & Wallwiener, M. (2014) Patient-reported quality-of-life and sexual-function outcomes after laparoscopic supracervical hysterectomy (LSH) versus total laparoscopic hysterectomy (TLH): a prospective, questionnaire-based follow-up study in 915 patients. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 290(6), 1141-1149. doi: 10.1007/s00404-014-3318-1
- Cabness, J. (2010). The psychosocial dementions of hysterectomy: private places and the inner spaces of women at midlife. *Social work in health care*. 49(3) 21-226. doi: 10.1080/00981380903426798
- *Ellström-Eng, MA., Jerhamre K., & Junsokog, K. (2010). A randomized trial comparing changes in sexual health and psychological well-being after subtotal and total hysterectomies. *Acta Obstretica et Gynecologica*, 89(1), 65-70. doi: 10.3109/00016340903353276.
- *Farquar, C.M., Sadler, L. & Stewart, A.W. (2008). A prospective study of outcomes five years after hysterectomy in premenopausal women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(5), 510-516. doi: 10.1111/j.1479-828X.2008.00893.x.

- Fioretos, I. (2002). Patienten som kulturellt objekt. I F. Magnússon (Red.), *Etniska relationer i vård och omsorg* (s. 147-180). Lund: Studentlitteratur.
- Flam, F. (2008). Stressinkontinens efter hysterektomi - en ökad risk men lätt att åtgärda. *Läkartidningen*, 105(3), 114
- Flam, F. & Lundberg, S. (2007). Vaginala vägen vinner vid hysterektomi. *Läkartidningen* 104(30-31), 2167-2169
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Fram, KM., Saleh, SS. & Sumrein., IA. (2012). Sexuality after hysterectomy at University of Jordan Hospital: a teaching hospital experience. *Archives of gynecology and obstetrics*, 287(4), 703-708. doi: 10.1007/s00404-012-2601-2
- Friberg, F. (red.) (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- *Gorlero, F., Lijoi, D., Biamonti, M., Lorenzi, P., Pullé, A., Dellacasa, I. & Ragni, N. (2008). Hysterectomy and women satisfaction: total versus subtotal technique. *Arch Gynecol Obstet*. 278(5), 405-410. doi:10.1007/s00404-008-0615-6.
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- *Humalajärvi, N., Aukee, P., Kairaluoma, M., Stack-Lempinen, B., Sintonen, H., Valpas, A. & Heinonen, P. (2014). Quality of life and pelvic floor dysfunction symptoms after hysterectomy with or without pelvic organ prolaps. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 182(2014), 16-21. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.08.032
- Karlsson, E-K. (2017). Informationssökning. Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl., s. 81-98). Lund: Studentlitteratur AB.
- Nathorst-Böös, J & Helström, L. (1996). Sex efter gynekologiska operationer. I B. Kjessler (Red.), *Sexologi ur gynekologisk synvinkel* (s. 111-114). Linköping: Nova Print AB.
- Pauls, RN. (2010). Impact of gynecological surgery on female sexual function. *International Journal of Impotence Research*, 22(2010), 105-114. doi:10.1038/ijir.2009.63
- *Persson, P., Brynhildsen, J & Kjølhede, P. (2010a). A 1-year follow up of psychological wellbeing after subtotal and total hysterectomy--a randomised study. *BJOG: An*

international Journal of Obstetrics and Gynaecology, 117(4), 479-487. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02467.x.

- *Persson, P., Brynhildsen, J & Kjølhede, P. (2010b). Short-term recovery after subtotal and total abdominal hysterectomy-a randomised clinical trial. *BJOG: An international Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117(4), 469-478. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02468.x.
- *Peterson, Z.D., Rothenberg J.M., Bilbrey, S & Heiman, J.R. (2010). Sexual functioning following elective hysterectomy: the role of surgical and psychosocial variables. *Journal of Sex Research*, 47(6), 513-527. doi: 10.1080/00224490903151366.
- *Pinto, P.R., McIntyre, T., Nogueira-Silva, C., Almeida, A & Araújo-Soares, V. (2012). Risk factors for persistent postsurgical pain in women undergoing hysterectomy due to benign causes: a prospective predictive study. *The Journal of Pain*, 13(11), 1045-1057. doi:10.1016/j.jpain.2012.07.014.
- *Pinto, P.R, McIntyre, T., Almeida, A & Araújo-Soares, V. (2011). The mediating role of pain catastrophizing in the relationship between presurgical anxiety and acute postsurgical pain after hysterectomy. *Pain*, 153(1), 218-226. doi: 10.1016/j.pain.2011.10.020.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2018). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (9th ed.) Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer
- Pålsson, M. (2018). *Hysterektomi på benign indikaton Årsrapport 2017*. Umeå: Nationellt kvalitetsregister för gynekologisk kirurgi. Hämtad från <http://www2.gynop.se/wp-content/uploads/2018/07/GynOp%C3%85rsrapportHysterektomi2017.pdf>
- Pålsson, M. & Zacharias, S. (2017). *Hysterektomi på benign indikation Årsrapport 2016*. Hudiksvall: Nationellt kvalitetsregister inom gynekologisk kirurgi. Hämtad från http://www2.gynop.se/wp-content/uploads/2017/07/GynOp_%C3%85rsrapport_Hysterektomi2016.pdf
- *Radosa, J.C., Meyberg-Solomayer, G., Kastl, C., Radosa, C.G., Mavrova, R., Gräber, S & Radosa, M.P. (2014). Influences of different hysterectomy techniques on patients' postoperative sexual function and quality of life. *Journal of Sexual Medicine*, 11(9), 2342- 2350. doi: 10.1111/jsm.12623
- Reis, N., Engin, R., Ingeç, M. & Bağ, B. (2008). A qualitative study: beliefs and attitudes of women undergoing abdominal hysterectomy in Turkey. *International journal of gynecological cancer : official journal of the International Gynecological Cancer Society*, 18(5):921-928. doi: 10.1111/j.1525-1438.2007.01153.x

- *Rodríguez, MC., Chedraui, P., Schwager, G., Hidalgo, L. & Pérez-López, FR. (2012). Assessment of sexuality after hysterectomy using the Female Sexual Function Index. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 32(2), 180-184. doi: 10.3109/01443615.2011.634035
- Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl., s. 375-390). Lund: Studentlitteratur AB.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R & D'Agostino, R Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191- 208 DOI: 10.1080/009262300278597
- Rydning, E.L. (2018). Sexuella dysfunktioner hos kvinnor. I. O. Axelsson (Red.), *Sexologi ur gynekologisk synvinkel* (s. 61-71). Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi: Elanders AB.
- Rydning, E.L. (2018) Äldre kvinnors sexualitet. I. O. Axelsson (Red.), *Sexologi ur gynekologisk synvinkel* (s. 33-37). Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi: Elanders AB.
- Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E., & Bjälje, J. (2007). *Människokroppen: fysiologi och anatomi*. (2. uppl.). Stockholm: Liber.
- Sandström, M. & Löfgren, M. (2014). *Postoperativa komplikationer vid hysterectomi - var i består skillnaden när patienten anser sig drabbad när läkaren anser det komplikationsfritt?*. Umeå: Nationellt kvalitetsregister inom gynekologisk kirurgi. Hämtad från: http://www.gynop.org/rapportering/rapporter/Rapport_Komplikation_Patient_Lakare_Olika_2014.pdf
- *Skorupska, KA., Miotla, P., Kubik-Komar, A., Rechberger, E., Adamiak-Godlewska, A. & Rechberger, T. (2016a). Are there any differences in quality of life and sexual functions after various types of hysterectomy – does prophylactic salpingectomy matter?. *Ginekologia Polska*, 87(1), 26-31. doi: 10.17772/gp/60554
- *Skorupska, KA., Miotla P., Kubik-Komar A., Rechberger E., Adamiak-Godlewska A &, Rechberger T. (2016b). Urinary incontinence after hysterectomy - does type of surgery matter? *Ginekologia Polska*, 87(2) 94-97. doi: 10.17772/gp/61551
- Socialstyrelsen. (2009). *Vård vid förlossning och gynekologiska sjukdomar*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 23 maj, 2018, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126->

[72/Documents/Utveckling%20V%C3%A5rd%20vid%20f%C3%B6rlossning%20och%20gynekologiska%20sjukdomar.pdf](#)

- Solbrække, K.N. & Bondevik, H. (2015). Absent organs – present selves: exploring embodiment and gender identity in young Norwegian womens accounts of hysterectomy. *International journal of qualitative studies on health and wellbeing*, 10(1) 1-10. doi: [10.3402/qhw.v10.26720](#)
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2012). *Viktigt men svårt att mäta livskvalitet*. Stockholm: SBU, hämtad 15 oktober från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap-och-praxis/viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/>
- Stjerndahl, J-H., Löfgren, M. & Renström, B. (2013). *Årsredovisning avseende hysterektomi utförd på benign indikation år 2013*. Umeå: Nationell kvalitetsregister för gynekologisk kirurgi. Hämtad från <http://www.gynop.org/rapportering/rapporter/GynoprapportHysterektomi2013.pdf>
- Sutton, C. (2010). Past, Present, and Future of Hysterectomy. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 17(4) 421-435. doi :10.1016/j.jmig.2010.03.005
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- *Sözeri-Varma, G., Kalkan-Oğuzhanoglu, N., Karadağ, F & Özdel, O. (2011). The effect of hysterectomy and/or oophorectomy on sexual satisfaction. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*, 14(2) 275-281. doi:10.3109/13697137.2010.532251
- *Theunissen, M., Peters, M.L., Schepers, J., Schoot, D.C., Gramke H.F & Marcus M.A. (2017). Prevalence and predictors of depression and well-being after hysterectomy: An observational study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 217(2017), 94-100. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.08.017
- Tracy, J.K & Junginger, J. (2007). Correlates of Lesbian Sexual Functioning. *Journal of Women's Health*, 16(4) 499-509. doi:10.1089/jwh.2006.0308
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2. ed.) Philadelphia: Davis.
- Turner, L., Shepherd, J., Wang, L., Bunker, C. & Lowder, J. (2013). Hysterectomy surgical trends: a more accurate depiction of the last decade?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(4), 277.e1-277.e7. doi:10.1016/j.ajog.2013.01.022

- *Vandyk, A.D., Brenner, I., Tranmer, J. & Van Den Kerkhof, E. (2011). Depressive symptoms before and after elective hysterectomy. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 40(5), 566-576. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01278.x.
- Wade, J., Pletsch, P., Morgan, S. & Menting, S. (2000). Hysterectomy: What Do Women Need and Want to Know? *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 29(1), 33-42. doi:10.1111/j.1552-6909.2000.tb02754.x
- Ware, J.E. & Sharebourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I: Conceptual framework and item selection. *Medical care* 30(6) 473-483. doi: 10.1007/BF03260127
- Whitemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5)546-553. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- 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(23-24) 3366-3377. doi: 10.1111/jocn.12580.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization [WHO] (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Hämtad 20 september 2017 från http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf