



Linnea Lernefalk och Anna Sofia Petersdotter

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGT13, 2019

Nivå: Grundnivå

Handledare: Lars Andersson

Examinator: Ingrid Hellström

Kvinnors upplevelser av att ha genomgått hysterektomi

En litteraturöversikt

Women's experiences of having undergone hysterectomy

A literature review

Sammanfattning

- Bakgrund:** Var tionde kvinna i Sverige har genomgått en hysterektomi, och globalt är siffran ännu högre. Det är en stor förändring som påverkar kvinnor på flera olika sätt. En individanpassad vård med adekvat information och goda vårdrelationer kan ha betydelse för kvinnors upplevelse av att genomgå en hysterektomi.
- Syfte:** Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser av att ha genomgått en hysterektomi.
- Metod:** En litteraturöversikt baserad på tio vetenskapliga artiklar analyserades utifrån Fribergs metod för att identifiera likheter, så att olika teman som rör kvinnors upplevelser kunde identifieras. Artiklarna hämtades från databaserna CINAHL Complete och PubMed. De var kvalitativa och kvantitativa och författade mellan åren 1999–2019.
- Resultat:** Resultatet visade att kvinnor som har genomgått en hysterektomi beskriver många liknande upplevelser. Bland dessa upplevelser kunde sex olika teman identifieras: *Ny kropp – nytt liv*, *Förändrad identitet*, *Sexualitet och fertilitet*, *Stigma och stöd*, *Behov av information* samt *Vårdrelationens betydelse*. En stor del av resultatet innefattar tankar och känslor som rör förändringar i kroppsuppfattning, självbild och livskvalitet efter en hysterektomi.
- Diskussion:** Valda fynd diskuterades med hjälp av Callista Roys omvårdnadsteori, övrig relevant forskning, annan litteratur samt författarnas egna reflektioner.
- Nyckelord:** Hysterektomi, kvinnor, upplevelser

Abstract

Background: Every tenth woman in Sweden has undergone a hysterectomy and globally the number is even higher. It is a life changing experience that affects a woman in several ways. An individualized health care, with adequate information and good nurse-patient relations can have an impact on women's experiences of going through a hysterectomy.

Aim: The aim was to describe women's experiences of having undergone a hysterectomy.

Method: A literature review based on ten scientific articles was analyzed based on Friberg's method for identifying similarities, so that different themes concerning women's experiences could be identified. The articles were retrieved from databases CINAHL Complete and PubMed. The articles were both qualitative and quantitative and authored between 1999 and 2019.

Results: The result showed that women who have undergone hysterectomy describes several similar experiences. Among these experiences six different themes were identified: *New body – new life*, *Changed identity*, *Sexuality and fertility*, *Stigma and support*, *Need of information* and *Importance of healthcare relationship*. A big part of the result includes thoughts and feelings that relate to body image, self-perception and quality of life after hysterectomy.

Discussion: Selected findings from the result were discussed using Callista Roy's nursing theory, relevant research, other literature and the authors own reflections.

Keywords: Hysterectomy, women, experiences

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
HYSTEREKTOMI HISTORISKT OCH KULTURELLT	1
INGREPPET HYSTEREKTOMI	2
OMVÅRDNAD OCH VÅRDRELATION VID HYSTEREKTOMI	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	5
TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	5
METOD	6
DATAINSAMLING	6
URVAL	7
DATAANALYS.....	7
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	8
NY KROPP – NYTT LIV.....	8
FÖRÄNDRAD IDENTITET	9
SEXUALITET OCH FERTILITET	10
STIGMA OCH STÖD.....	10
BEHOV AV INFORMATION	12
VÅRDRELATIONENS BETYDELSE.....	12
DISKUSSION	13
METODDISKUSSION	13
RESULTATDISKUSSION	15
KLINISKA IMPLIKATIONER.....	21
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	21
REFERENSFÖRTECKNING	23
BILAGA 1. SÖKMATRIS	28
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	30

Inledning

Hysterektomi är ett av de vanligaste kirurgiska ingreppen i världen och så många som var tionde kvinna i Sverige genomgår denna operation varje år. Vi har lagt märke till att hysterektomi sällan nämns i media och forskning visar att sjuksköterskor upplever sig ha bristfällig kunskap om ingreppet och dess konsekvenser. Vi har under sjuksköterskeutbildningen mött kvinnor som genomgår hysterektomi och känner att vi saknar tillräcklig kunskap för att kunna ge adekvat information och omvårdnad till dessa kvinnor. Vi vill undersöka och belysa det här ämnet eftersom vi som blivande sjuksköterskor vill utveckla så stor kunskap som möjligt om sådant som rör vårt yrke. Förhoppningsvis kan denna litteraturöversikt ge fler sjuksköterskor ökad förståelse för hur det är att genomgå en hysterektomi, och detta skulle i längden kunna leda till en bättre vård för de kvinnor som genomgår detta ingrepp.

Bakgrund

I det här avsnittet beskrivs hysterektomi utifrån ett historiskt, kulturellt och medicinskt perspektiv. Även omvårdnad och vårdrelation och kopplat till hysterektomi tas upp här.

Hysterektomi historiskt och kulturellt

Hysterektomi är ett kirurgiskt ingrepp som innebär att livmodern opereras bort (Borgfeldt, Sjöblom, Stevens och Wangel, 2019). Hysterektomi är idag ett av de vanligaste ingreppen inom operativ gynekologi i världen (Berlit, Lis, Jürgens, Buchweitz, Hornemann, Sütterlin & Tuschy, 2017) och utförs på en av tio kvinnor i Sverige (Pålsson, 2018).

I merparten av andra utvecklade länder som England, USA och Australien utförs ingreppet i större utsträckning än i Sverige (Flam & Lundberg, 2007). Vaginal hysterektomi har utförts sporadiskt genom historien och kan härledas tillbaka till antiken, ingreppet utfördes förmodligen i Aten ca. 20 år före Kristus (Sutton, 1997). Dödsfall till följd av stora blödningar och sepsis har varit vanligt förekommande på grund av undermålig aseptik och okunskap om kvinnors fysiologi. I Massachusetts utfördes år 1853 den första framgångsrika abdominella hysterektomin då en läkare efter korrekt diagnos lyckades avlägsna en livmoder innehållande en stor cysta, och räddade därmed kvinnans liv.

Könslivet, sexualiteten och fertiliteten är ett intimt och känsligt ämne och synen på kvinnans sexualitet på de kvinnliga reproduktionsorganen kan skilja sig åt mellan människor på grund av kultur, religiösa värderingar och normer (Almås, 2011). Från kulturen bär

människor med sig ideal, kroppsuppfattning och självbild. En människa väljer inte sin kultur, hon föds in i den, och människor från olika delar av världen kan uppfatta andra kulturers syn på ohälsa och dess olika botemedel som vidskepliga eller svårförståeliga (Wiklund & Gustin Lindwall, 2012). Enligt Thompson (1999) har den kvinnliga anatomin, och i synnerhet livmodern, under århundraden färgats av mystik och missförstånd, på grund av den sociala plats som kvinnor tilldelats i mansdominerade kulturer. Kvinnors sexualitet har betraktats som tabu och som något smutsigt, skamfyllt eller till och med farligt, medan barnafödande har ansetts vara något storslaget och heligt. I det gamla Egypten trodde man att livmodern vandrade runt i kroppen, och att den under menstruationen tog sig ut i världen i jakt på näring. Enligt Tan, Haththotuwa och Fraser (2017) har menstruation under lång tid och i många olika kulturer betraktats som någonting smutsigt, och ritualer som innehållit olika dieter, isolering eller våld har utformats för att bota eller rena kvinnan. I västvärlden har kvinnors hälsoproblem ibland beskrivits som att kvinnan haft en missnöjd livmoder eller som att kvinnan varit hysterisk (Thompson, 1999). Många av dessa föreställningar är sammanflätade med medicinsk okunnighet, religiös vidskepelse eller olika myter. Dessa myter har ibland beskrivit kvinnor som ofullständiga, underlägsna eller onda varelser, och många kvinnor har internaliserat dessa myter och ser på sig själva och sin kropp på ett negativt sätt (Kersey-Matusiak, 2015).

Ingreppet hysterektomi

Det vanligaste symtomet som föranleder hysterektomi är dysfunktionella blödningar där orsaker som graviditet, infektion och malignitet har uteslutits (Bixo & Bäckström, 2014). Näst efter blödningar kommer smärta, tryck- eller tyngdkänsla, framfall och cervixdysplasi (cellförändringar i livmoderhalsen). Ofta hittas ingen specifik orsak till symtomen, men det kan bero på myom (godartade muskelknutor), endometriosis, adenomyos, polycystiskt ovariesyndrom eller andra cellförändringar. Ett sätt att upptäcka problem som kan föranleda hysterektomi är screening av livmodern, och det är viktigt med regelbunden screening och snabb behandling för bästa möjliga resultat (Shekhar, Chander; Paswan, Balram; Singh, Abhishek, 2019). Ingreppet kan utföras med olika metoder och de faktorer som avgör valet av metod är livmoderns storlek, lokalisering av eventuella myom, tidigare operationer och operatörens kompetens (Pålsson, 2018). Ingreppet kan utföras som en total hysterektomi då hela livmoderkroppen och livmoderhalsen tas bort, eller som en subtotal hysterektomi då livmoderhalsen lämnas kvar (Lethaby, Mukhopadhyay & Naik, 2012).

Abdominell hysterektomi med buksnitt är den äldsta och mest förekommande operationsmetoden vid hysterektomi vid godartad diagnos (Chen, Ren, Li & Li, 2014). Det finns även minimalinvasiva metoder (vaginal hysterektomi, laparoskopisk hysterektomi med titthålsteknik och robotassisterad hysterektomi) vilka genererar förbättrad återhämtning, färre komplikationer och kortare vårdtider än den abdominella metoden (Johnson, Barlow, Lethaby, Tavender, Curr & Garry, 2005). Vid svåra elakartade tillstånd kan en så kallad radikal hysterektomi vara nödvändig, då tas utöver livmoder och livmoderhals även lymfkörtlar och omkringliggande vävnader bort (Borgfeldt et al. 2019). I vissa fall sker övervägandet att samtidigt avlägsna onormala äggledare och äggstockar, så kallad ooforektomi. Avlägsnandet av äggstockar och könshormoner resulterar i utebliven menstruation och kan ge premenopausala kvinnor symtom som förknippas med klimakteriet (Bixo & Bäckström, 2014). En hysterektomi kan orsaka hormonella förändringar som förutom infertilitet och upphörd menstruation även kan leda till värmevallningar, nedstämdhet, vaginal torrhet, sömnstörningar och nattliga svettningar (Farquhar, Harvey, Yu, Sadler & Stewart, 2006).

Omvårdnad och vårdrelation vid hysterektomi

Sjuksköterskor som vårdar kvinnor som går igenom en hysterektomi bör arbeta för att förebygga och minimera komplikationer, stödja anpassning, förse kvinnorna med information om prognos och behandling samt underlätta smärthanteringen (Bixo & Bäckström, 2014). I en studie framkom det att sjuksköterskor upplever att de behöver mer kunskap om hur de ska undervisa kvinnorna om olika metoder, komplikationer och återhämtning vid hysterektomi, för att kunna utföra en bättre omvårdnad (Burkhart, 2008). Forskning visar att hysterektomi är ett sällan förekommande ämne i media, särskilt när det kommer till omvårdnad vid ingreppet (Nykanen, Suominen & Nikkonen, 2011). När en kvinna som ska genomgå en hysterektomi skrivs in på avdelningen får hon ett utförligt samtal med en sjuksköterska som informerar och undervisar om den planerade operationen samt om den efterföljande postoperativa vården (Regionala styr-och processgruppen för cervixprevention, 2019). Samtalet ska adressera frågor kring smärtlindring, mobilisering, nutrition, elimination, fysisk aktivitet, hormonella förändringar och sexualitet, med målet att skapa trygghet och lindra. Sjuksköterskan bedömer kvinnans omvårdnadsbehov, och planerar, genomför och utvärderar omvårdnadsåtgärderna (Borgfeldt et al. 2019). Efter en till tre dagar blir kvinnan utskriven med restriktioner och rekommendationer för postoperativ fysisk aktivitet (Pålsson, 2018). Kvinnan har rätt till

sjukskrivning efter en hysterektomi och beroende på vilken metod som använts vid ingreppet samt typen av arbete som kvinnan har, avgör sjukskrivningens omfattning (Socialstyrelsen, 2010). Om hon har behov av en samtalskontakt efter hysterektomin kan hon söka sig till primärvården.

Sjuksköterskor som i sin profession vårdat kvinnor som har genomgått en hysterektomi, anser att dessa kvinnor är i stort behov av att sjuksköterskorna är väl insatta i kvinnornas situation och att de utöver de kliniska behoven även får sina emotionella behov tillfredsställda (Mazmanian, 1999). Sjuksköterskans kompetens omfattar ett helhetsperspektiv och en personcentrerad vård med strävan att synliggöra hela personen, vilket innebär tillgodoseende av de grundläggande behoven som inkluderar fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga dimensioner (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskan behöver vid en hysterektomi göra kvinnan delaktig i beslutet om operation på ett sådant sätt att hon känner sig trygg och säker i sitt beslut, annars kan det leda till känslor av ånger och ohälsa efter operationen (Mazmanian, 1999). Vårdrelationen är av betydelse för kvinnans välbefinnande och livskvalitet, då den kan vara avgörande för om kvinnan upplever ett lindrat lidande och blir stärkt i sin hälsoutveckling eller inte (Björck & Sandman, 2017). Sjuksköterskan ska i sin profession uppvisa lyhördhet, medkänsla och trovärdighet samt kunna skapa förtroendefulla relationer och följa riktlinjer för att kunna utföra en så etisk vård som möjligt (International Council of Nurses, 2012). Sjuksköterskor ska utföra en jämlik och respektfull omvårdnad av alla patienter, oavsett ålder, kön, kultur och nationalitet.

Problemformulering

Så många som en av tio kvinnor i Sverige har genomgått en hysterektomi, och globalt är siffran ännu högre. Kulturella värderingar påverkar synen på hysterektomi, både historiskt och i nutid. Det kan på grund av detta vara ett svårt och känsligt ämne att adressera.

Hysterektomi är ett stort och vanligt kirurgiskt ingrepp som förändrar en kvinnas kropp men trots detta är det relativt medialt okänt och forskning har visat att sjuksköterskor behöver mer kunskap gällande omvårdnaden vid detta ingrepp. Författarna frågar sig hur kvinnornas upplevelser ser ut och vill bidra med större kunskap och förståelse för hur det är att ha genomgått en hysterektomi.

Syfte

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva kvinnors upplevelser av att ha genomgått en hysterektomi.

Teoretisk utgångspunkt

Författarna valde Callista Roys teori om adaptation som utgångspunkt för att förklara och förstå resultatet. Delar av Roys adaptationsteori användes i resultatdiskussionen tillsammans med annan relevant forskning och litteratur för att diskutera valda fynd ur resultatet. Eftersom litteraturöversikten avser beskriva kvinnors upplevelser av att ha genomgått en hysterektomi kan Roys teori om adaptation anses tillämpbar, detta då Roy beskriver hälsa som en förmåga att anpassa sig till förändrade livsomständigheter, och hysterektomi innebär en stor förändring i en kvinnas livssituation (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Enligt Roys adaptationsmodell (RAM) är anpassning till förändrade livsomständigheter nödvändig för att man ska kunna bli och vara en hel, integrerad person som kan växa och utvecklas i samklang med sin omgivning. Fysisk och psykisk ohälsa kan bero på svårigheter att anpassa sig till kraftigt förändrade livsomständigheter, och en människa kan i sådana situationer behöva stöd för att hantera dessa förändringar konstruktivt.

Roys teorier utgår från ett holistiskt och humanistiskt perspektiv och beskriver hur sjuksköterskan bör möta varje människa i hennes specifika livssituation, vara uppmärksam på hennes aktuella adaptationsförmåga och kunna observera och stödja hennes olika livsprocesser och copingstrategier (Roy, 2009). Wiklund Gustin & Lindwall (2012) beskriver copingstrategier utifrån Roys teori, som en människas olika sätt att söka bevara sin integritet och känna kontroll i tillvaron, för att kunna växa och utvecklas. Copingstrategierna kan vara effektiva eller ineffektiva och leda till mer eller mindre balans. Enligt Roy har alla människor dessa strategier med sig från födseln, för att klara av förändringar inom den biologiska, psykologiska och sociala sfären. Roy (2009) beskriver fyra stora områden som påverkar en människas förmåga att adaptera och som bygger upp en människas jag. Dessa fyra områden är människans fysiologiskt-fysiska funktioner, självuppfattning och gruppidentitet, hennes rollfunktion samt hennes relationer och sociala samhörighet. Roy menar att människans fysiologiskt-fysiska funktioner måste tas i beaktning vid en stor förändring och att det annars kan leda till att individens kroppsuppfattning och integritet påverkas i en negativ riktning. Självuppfattning handlar om det personliga jaget som innefattar det moraliskt-etiskt-andliga jaget, och det fysiska jaget som innefattar kroppsuppfattning och kroppsupplevelse.

Gruppidentitet är en adaptiv funktion och visar sig i gruppens behov av identitet och integritet. Människans rollfunktioner utgörs av människans sociala interaktioner med andra människor. Relationer och social samhörighet är enligt Roy sammankopplat med våra känslor och behov av nära och utvecklande relationer.

Alla dessa delar av en människa påverkas vid stora förändringar och är beroende av varandra och samspelar för att en människa ska kunna uppnå och vara i balans. Psykosociala faktorer är av stor betydelse för en människas utveckling av effektiva copingmekanismer och för förmågan att uppleva balans, hälsa och livskvalitet. Detta eftersom människan existerar i ett kontinuerligt och oundvikligt samspel med sin omgivning. Roy talar om input och output, vilket hon beskriver som stimuli från den inre och yttre världen en människa möter samt hennes respons på detta (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). För att en människa ska kunna bli och vara integrerad och hel måste hon kunna hantera alla de stimuli som möter henne i världen. Fokala stimuli verkar direkt på individens yttre, kräver individens uppmärksamhet och kan vara ett behov eller en drift. Kontextuella stimuli är faktorer i den omgivande miljön som påverkar den fokala stimulinen, till exempel andras åsikter och handlingar. Residuala stimuli är andra faktorer som kan påverka individen, som tidigare erfarenheter, tro eller attityder.

Metod

Författarna gjorde en litteraturöversikt byggd på tio vetenskapliga artiklar, för att sammanställa information från befintlig forskning och kartlägga det aktuella kunskapsläget kring ämnet. Författarna gjorde en analys av resultatet i de utvalda vetenskapliga artiklarna, enligt Fribergs modell för artikelanalys (Friberg, 2017).

Datainsamling

Databaserna som användes för att hitta ämnesrelaterade artiklar var CINAHL Complete och PubMed och dessa sökningar redovisas i *bilaga 1*. Databasen CINAHL Complete baseras på specialiserad omvårdnadsforskning och PubMed är en databas som omfattar ämnena omvårdnad och biomedicin (Karlsson, 2017). Sökorden har fått korrekta översättningar till engelska som är anpassade till databaserna genom att de anpassats i Svensk MeSH (Östlund, 2017). För att få relevanta sökträffar i förhållande till syftet har författarna använt följande Subject Headings-termer i CINAHL Complete: *Hysterectomy* kombinerat med fritextsökningarna *Experiences, Attitudes och Nursing*, detta för att inkludera artiklar som inte

har ett ämnesord i sin titel. I PubMed användes MeSH-termerna *Hysterectomy* kombinerat med fritextsökningarna *Experiences*, *Attitudes* och *Nursing*, samt fritextsökningen *Hysterectomy* kombinerat med *Experiences* och *Attitudes*. Sökorden sammanfördes genom boolesk sökteknik vilket innebär att AND och OR användes som söksträngar (Friberg, 2017). Författarna begränsade sökningen i CINAHL Complete genom att välja ut fulltextartiklar som var peer reviewed, fanns tillgängliga på engelska och var publicerade mellan 1999 och 2019. I PubMed ska artiklarna vara kvalitetsgranskade och författarna begränsade sökningen till artiklar som var tillgängliga i fulltext, detta gjordes för att undvika artiklar som endast finns att tillgå för betalning. Samtliga artiklar var skrivna på engelska samt publicerade mellan åren 1999 och 2019.

Urval

Både kvalitativa och kvantitativa artiklar användes. Artiklar från åren 1999 till 2019 användes, vilket gav ett spann på tjugo år. Dessa begränsningar gjordes för att få ett adekvat antal artiklar för undersökningens omfång. Deltagarna i de utvalda artiklarna var kvinnor som genomgått en hysterectomi och kvinnornas ålder varierade mellan 18 år och ca. 65 år. En artikel angav enbart kvinnornas medelålder som var 48 år. En artikel gav ingen information gällande kvinnornas ålder. Litteraturöversikten involverade deltagare från olika länder med olika sociokulturella, ekonomiska och psykosociala bakgrunder och förutsättningar. Artikelsökningarna kvalitetssäkrades genom att kvalitetsgranskade databaser användes. Urvalet granskades för att se om någon grupp uteslutits. Författarna sökte tillsammans efter artiklar, relevanta artiklar identifierades i förhållande till syftet och författarna granskade artiklarnas titlar och sammanfattning samt enades om huruvida hela artikeln skulle läsas eller ej.

Dataanalys

Författarna läste tillsammans och separat igenom artiklarna flera gånger för att förstå innehåll och sammanhang. De resultaten som återkom i alla eller flera artiklar identifierades och utifrån dessa utkristalliserades en rad teman som sedan färgkodades (Henricson & Billhult, 2012). Dessa teman var: Fysiska förändringar (blå), känslor och tankar (gul), fertilitet och sexualitet (orange), relationer och omgivning (rosa) samt omvårdnad (grön). Författarna sammanställde resultatets artiklar i *bilaga 2*, detta för att få en bättre översikt och för att lättare kunna analysera materialet.

Forskningsetiska överväganden

Att ta hänsyn till forskningsetiska överväganden är något som bör göras genom hela forskningsarbetet då det finns en etisk dimension i varje handling som utförs i ett forskningsprojekt (Kjellström, 2017). Det finns forskningsetiska riktlinjer för att skydda den enskilda människan och hennes människovärde då det alltid föreligger en risk att deltagare i forskningsstudier på olika sätt utnyttjas eller skadas (www.codex.vr.se). All etisk forskning bör baseras på principer i enlighet med helsingforsdeklarationen: att göra gott, att icke skada, att iaktta rättvisa, att respektera självbestämmande och integritet (World Medical Association, 2018). För att säkerhetsställa att dessa riktlinjer följts granskade författarna artiklarna noggrant, de såg till att artiklarna höll god vetenskaplig kvalitet, att de tog upp relevanta frågor och genomfördes på ett etiskt sätt. Alla artiklar i resultatet utom två tog i metoden upp den etiska aspekten. Författarna hade som mål att samtliga artiklar skulle hålla en hög etisk kvalitet genom informerat samtycke, anonymitet samt att deltagarnas välbefinnande och personuppgifter har tagits i beaktning. Författarna har tillsammans öppet reflekterat över sin förförståelse, för att bli medvetna om den och hindra den från att påverka resultatet. Förförståelse är antaganden, föreställningar eller tidigare kunskap som människan använder för att förstå något, och dessa kan ses som ett hinder eller en möjlighet för att skapa ny förståelse (Friberg & Öhlén, 2017). Författarna har försökt att inte förvränga texten för att den ska passa in i deras egna åsikter eller värderingar. Detta för att säkerhetsställa att arbetet handlar om de deltagande kvinnornas upplevelser och inte om författarnas.

Resultat

Författarna har här undersökt och sammanställt resultaten från tio vetenskapliga artiklar. I dessa artiklars resultat har författarna kunnat upptäcka flertalet likheter och olikheter som de delat in i sex olika teman: *Ny kropp - nytt liv*, *Förändrad identitet*, *Sexualitet och fertilitet*, *Stigma och stöd*, *Behov av information* och *Vårdrelationens betydelse*. Dessa teman används som rubriker och presenteras här.

Ny kropp – nytt liv

Kvinnorna upplevde att deras livskvalité förbättrades avsevärt efter en hysterektomi. Flera kvinnor beskrev ett stort fysiskt och psykiskt lidande och en inskränkning av livsutrymmet innan operationen. Dessa kvinnor uttryckte positiva känslor efter operationen, då besvär

såsom blödningar och smärta blev lindrade (Solbraekke & Bondevik, 2015; Bossick et al., 2018). Det visade sig att flera kvinnor upplevde att de fick tillbaka sitt sociala liv efter operationen, då de inte längre var besvärade av de blödningar och den smärta som tidigare begränsade dem till den trygghet som hemmet gav (Aparecida Barbosa Merighi et al., 2012; Bossick et al., 2018). Hysterektomin visade sig kunna vara en väg till större rörelsefrihet och underlättade för kvinnorna att utföra olika fysiska aktiviteter, som att gå på promenader, träna eller resa (Aparecida Barbosa Merighi et al., 2012). Kvinnor med kraftiga, smärtsamma menstruella blödningar innan operationen upplevde stor fysisk och psykisk förbättring efteråt (Yang, Chao, Chen, & Yao, 2006). Ju mer smärta och blödning som lindrades, desto mer positiv upplevdes hela hysterektomin. Den positiva upplevelsen hade fördelar såsom frihet från symtom och att rädslan för att insjukna i cancer försvann. En del kvinnor uttryckte glädje över att de nu kunde erhålla hormonterapi för klimakteriebesvär, vilket de inte kunde innan operationen (Williams & Clark, 2000). Enligt en studie upplevde några kvinnor en försämrad livskvalitet efter operationen på grund av besvärande kroppsliga komplikationer - några fick en infektion i operationssåret, en kvinna fick feber, en fick urinretention och en kvinna fick blödningar som gjorde att man behövde öppna upp operationssåret igen (Fram, Saleh och Samrein, 2013). Andra kvinnor berättade om olika besvär som vallningar och svettningar på grund av för tidig menopaus, som är en bieffekt av hysterektomi (Solbraekke & Bondevik, 2015).

Förändrad identitet

Flera kvinnor kände inför hysterektomin främst oro över att förlora sin identitet som kvinna och uppgav att oron grundade sig i rädsla över att deras syn på sig själva skulle förändras, eller att deras partners syn på dem skulle göra det (Fram, Saleh & Sumrein, 2013; Aparecida Barbosa Merighi et al., 2012). Många kvinnor uppgav att de i och med hysterektomin förlorade det som gjorde dem till kvinnor (Solbraekke & Bondevik, 2015; Bossick et al., 2018) och upplevde en känsla av förlust (Roudi, Tirgari, Cheraghi, Nayeri, & Rayyani, 2019; Solbraekke & Bondevik, 2015). En studie visade att kvinnor som genomgått en hysterektomi hade betydligt lägre tankar om sig själva och sin kropp jämfört med kvinnor som inte genomgått en hysterektomi (Pinar, Okdem, Dogan, Buyukgonenc & Ayhan, 2011). Några kvinnor berättade om känslor av lättnad över att ha blivit befriade från kraftiga blödningar och sjukdom och sa att de kände sig mer som kvinnor efter operationen än innan (Solbraekke & Bondevik, 2015). Ytterligare andra kvinnor upplevde att de innan operationen gav sin

livmoder stor emotionell och psykologisk betydelse, men att de efter operationen såg på sin livmoder med känslomässigt avståndstagande, som att den inte var speciellt viktig och inte definierade dem som kvinnor (Yang, Chao, Chen, & Yao, 2006). I en studie hävdade samtliga kvinnor att operationen hade fått dem att reflektera mer över könsroller och identitet (Solbraekke & Bondevik, 2015).

Sexualitet och fertilitet

Många kvinnor kände inför operationen oro över att deras sexliv skulle påverkas negativt av hysterektomin (Fram, Saleh & Sumrein, 2013; Aparecida Barbosa Merighi et al., 2012; Pinar et al., 2011; Williams and Clark, 2000). Kvinnorna i en studie oroade sig över att de efter operationen inte skulle kunna känna lika mycket emotionellt och sexuellt som tidigare och att de därför skulle upplevas som kalla och avståndstagande (Aparecida Barbosa Merighi et al., 2012). Många kvinnor uttryckte dock att deras sexliv förbättrades efter hysterektomin (Aparecida Barbosa Merighi et al., 2012; Fram, Saleh och Sumrein, 2013) och kvinnorna i en studie uppgav att de efter hysterektomin kunde njuta mera av sex än de kunde göra innan operationen. De uppgav även att det var skönt att slippa tänka på prevention mot graviditet (Williams & Clark, 2000).

Många kvinnor upplevde att de på grund av den kroppsliga läkningsprocessen och på grund av att de behövde anpassa sig känslomässigt till de nya omständigheterna, ville vänta ett tag med sexuell aktivitet efter operationen (Yang, Chao, Chen, & Yao, 2006; Bossick et al., 2018). Några kvinnor uppgav att deras sexliv hade försämrats efter operationen (Roudi et al., 2019) och några få kvinnor uppgav att de inte upplevde någon skillnad på sexlivet före och efter hysterektomin (Fram, Saleh och Sumrein, 2013). I en studie berättade kvinnorna om sexuellt problematiska följder av hysterektomi, som frånvaro av orgasm, smärta vid samlag och vaginal torrhet, upp till sex månader efter operation (Yang, Chao, Chen, & Yao, 2006). Några kvinnor sa att de var så utmattade på grund av de problem som föranledde hysterektomin att det inte spelade någon roll att de förlorade sin fertilitet, bara de blev av med problemen (Williams and Clark, 2000).

Stigma och stöd

Många kvinnor kände oro då de hade fått höra att en kvinna som genomgår en hysterektomi inte kan känna någonting längre, förlorar sin kvinnlighet och blir mindre åtråvärd (Aparecida Barbosa Merighi et al., 2012; Galavotti & Richter, 2000). Kvinnor från flera olika kulturer

upplevde att omgivningen hade förutfattade meningar och fördomar om hysterektomi, och några kvinnor uttryckte behovet av att få känna sig välkomnad i samhället, det vill säga familj, make, vänner och den bredare gemenskapen, även utan de kvinnliga organen (Roudi et al., 2019). Muslimska kvinnor uttryckte i en studie att det var svårt för dem att få hjälp för gynekologiska besvär på grund av rädsla för att stigmatiseras av sin omgivning, blyghet och på grund av brist på kvinnlig vårdpersonal (Roudi et al., 2019). I en norsk studie trodde kvinnorna att heteronormativitet kunde vara en stor anledning till att hysterektomi är stigmatiserat och svårt att prata om (Solbraekke & Bondevik, 2015).

Kvinnor från olika kulturella bakgrunder uttryckte olika mycket tillit gentemot vårdgivare angående rådet att göra en hysterektomi (Galavotti och Richter, 2000). Afroamerikanska och kaukasiska kvinnor uppgav att de kände misstro till vårdarna och deras anledningar till att rekommendera hysterektomi. De afroamerikanska kvinnorna uppgav att de kände rädsla för att vårdgivarna kanske använde hysterektomi som ett uttryck för rasism och för att de ville minska antalet afroamerikaner i landet. De kaukasiska kvinnorna uppgav i stället att de upplevde misstro på grund av skepticism angående hur mycket vårdgivarnas rekommendationer var påverkade av ekonomiska faktorer. I samma studie uppgav latinamerikanska och navajoindianska kvinnor att de kände tillit till vårdgivarna och tilltro till den rekommenderade behandlingen (Galavotti & Richter, 2000).

Flera kvinnor upplevde att deras familj men i synnerhet deras make hade en mycket negativ inställning till operationen (Galavotti & Richter, 2000; Williams & Clark, 2000). När deltagarna i en studie blev tillfrågade om de upplevde stöd från sin partner under processen som en hysterektomi innebär, uppgav några av dem att de upplevde starkt stöd, några svarade att de upplevde ett stort motstånd från sin partner, och andra uppgav att de tog beslutet helt på egen hand (Fram, Saleh & Sumrein, 2013). Kvinnorna i en annan studie uppgav att deras partner var starkt emot operationen och att de därför valde att inte berätta om ingreppet. Dessa kvinnor trodde att de skulle bli övergivna av sin partner efter operationen och att de i så fall, på grund av att de genomgått en hysterektomi, skulle ha svårt att träffa någon ny man som ville ha dem (Williams & Clark, 2000). De kvinnor som var i en homosexuell relation uttryckte större tillit till att deras partner skulle stötta dem under och efter operationen, än många av de kvinnor som var i heterosexuella relationer (Galavotti & Richter, 2000). En del kvinnor uttryckte att deras män hade varit väldigt stöttande genom hela processen, och att de bara ville det som var bäst för kvinnorna (Williams & Clark, 2000). Kvinnor som uppgav att de hade fått stöd från sin familj och partner uttryckte att de aldrig hade klarat av att gå igenom hysterektomin och allt vad den innebar, utan det stödet (Roudi et al., 2019).

Behov av information

Kvinnorna uttryckte en önskan om mer information om komplikationer och återhämtning, innan operationen (Roudi et al., 2019; Skea et al., 2004). Flera kvinnor upplevde att de visste för lite om vad en hysterektomi innebar och vilka organ som egentligen skulle tas bort (Bossick et al., 2018; Roudi et al., 2019) och flera uttryckte en oro över att ta ett felaktigt beslut om att genomgå en hysterektomi på grund av felaktig information (Williams & Clark, 2000; Skea et al., 2004). Några kvinnor kände att det inte fanns någonstans att vända sig gällande fysiska, sexuella och psykologiska bekymmer efter operationen, och de antog att de var tvungna att leva med svårigheterna. Dessa kvinnor sökte i brist på information från sjukvården upp information på egen hand via internet, i tidskrifter eller via vänner och bekanta (Roudi et al., 2019; Williams & Clark, 2000).

Många kvinnor uppgav att de inte hade fått någon information om alternativa behandlingar eller metoder för att behandla just deras tillstånd och att de hade förväntat sig mer information om till exempel hormonterapi eller minimalinvasiv metod (Roudi et al., 2019; Skea et al., 2004). Vissa kvinnor önskade att de hade fått mer information om hur sexualiteten kan påverkas av att genomgå en hysterektomi och saknade information om klimakteriebesvär såsom vallningar, svettningar och psykologiska konsekvenser som kan komma efter operationen (Roudi et al., 2019). Några kvinnor uppgav att de hade blivit erbjudna att bli insatta på hormonterapi direkt efter operationen, medan andra sa att de inte fått någon information om detta alls (Williams & Clark, 2000). I en studie gick kvinnors attityd kring hysterektomin från att vara passiv då de kände att de inte hade något annat val än att följa läkarens anvisningar, via neutral då de kände likgiltighet en månad efter ingreppet, till att de sex månader senare var helt säkra på att de tagit rätt beslut (Yang, Chao, Chen, & Yao, 2006). Andra kvinnor uttryckte att de inte visste tillräckligt mycket om hysterektomi innan ingreppet för att kunna fråga rätt frågor och de upplevde att de blev passiviserade och övertalade att göra en hysterektomi av en läkare som inte förstod detta, som var dominant och inte lyssnade på dem. Några av dessa kvinnor uppgav att om de hade fått mer information om vad en hysterektomi innebar hade de kanske valt att inte genomföra operationen (Skea et al., 2004).

Vårdrelationens betydelse

De kvinnor som berättade att de mötte vårdgivare som tog sig tid att kommunicera och informera om operationen, samt gav dem gott om tid att känna och tänka efter innan de

bestämde sig för hysterektomi, uppgav även att de kände sig lugnare, tryggare och mera säkra på sitt beslut om att genomgå en hysterektomi (Skea et al., 2004; Galavotti & Richter, 2000; Grob, Bläuer & Frei, 2017). Enligt en studie var erfarenheterna av hysterektomin mer positiv om kvinnorna upplevde att deras familjer hade inkluderats i omvårdnaden och dessa kvinnor uttryckte behov av en sjuksköterska som fanns där för deras närstående genom hela processen (Williams & Clark, 2000). Flera studier visade att det kvinnorna värdesatte mest under vårdtiden var en kontinuerlig relation till en närvarande och vänlig sjuksköterska (Grob, Bläuer & Frei, 2017; Roudi et al., 2019). Några kvinnor uppgav att de upplevde operationen annorlunda gentemot andra operationer, då den involverade deras identitet, kvinnlighet och relationer, vilket var områden som de ansåg måste behandlas med respekt och försiktighet. Dock upplevde flera kvinnor stundtals det motsatta - att de blev bemötta på ett alltför okänsligt sätt (Roudi et al., 2019). Några kvinnor uppgav att de upplevde vården som mera positiv om hela vårdteamet kommunicerade och samarbetade bra (Grob, Bläuer & Frei, 2017).

Diskussion

Diskussionen är uppdelad i två delar och består av metoddiskussion och resultatdiskussion. I metoddiskussionen beskrivs tillvägagångssättet i litteraturöversikten, studiens kvalitet och styrkor och svagheter med valda metod. I resultatdiskussionen analyseras de fynd som författarna valt att lyfta fram, detta med stöd av Roys omvårdnadsteori, tidigare forskning och författarnas egna tankar och reflektioner.

Metoddiskussion

Författarna har använt sig av metoden allmän litteraturöversikt som innebär en analys av redan analyserat material, vilket ger en begränsad mängd relevant forskning som kan ligga till grund för översikten (Friberg, 2017). Det primära syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att vårda kvinnor som genomgår en hysterektomi, men eftersom få artiklar belyser sjuksköterskans perspektiv vid hysterektomi, valde författarna att byta syfte och fokusera på kvinnors upplevelse av att ha genomgått en hysterektomi. Detta kan ses som en svaghet med litteraturöversikten.

Författarna använde sig enbart av två databaser under sökningarna. Detta kan ses som en svaghet då det föreligger en risk att relevanta artiklar exkluderas om enbart två databaser används. Författarna hade aldrig gjort en litteraturöversikt tidigare och en mängd sökord,

sökblock och kombinationer provades. Genom att delta i databassökning via skolans bibliotek fick författarna ökade kunskaper i databashantering vilket underlättade sökningarna och gjorde arbetsprocessen mer effektiv. Även en manuell sökning användes för att hitta fler källor, detta genom att söka i referenslistor till redan utvalda artiklar (Karlsson, 2017). Majoriteten av dessa artiklar fanns dock endast att tillgå genom betalning, vilket inte var ett alternativ vid datainsamlingen.

Samma ämnesord och fritextsökning har använts i båda databaserna. Mesh-termer i PubMed och Subject Headings i CINAHL Complete i kombination med fritextord i söksträngar gav fler relevanta träffar än när kombinationen inte användes. Hysterectomy som ensamt sökord gav ett urval på nästan uteslutande medicinska artiklar rörande enbart ingreppet och den fysiologiska förändringen. Sökorden experiences, attitudes och nursing lades till för att få fokus patienternas upplevelser och vård vid hysterektomi. Kombinationen av dessa ord gav relevanta resultat för ämnesområdet och sökorden togs direkt ur syftet eller var synonyma till orden i syftet. Författarna prövade efter bytet av syfte att även använda andra sökord, såsom perceptions eller emotions i kombination med hysterektomi. Detta gav dock samma resultat som tidigare, och därför fortsatte författarna fokusera på de sökord de redan hade.

Engelska språket användes som begränsning i sökningarna då engelska är ett språk som båda författarna behärskar. Detta skulle kunna vara en nackdel eftersom relevanta artiklar på andra språk då exkluderas. Eftersom samtliga artiklar är skrivna på engelska finns det risk för egna tolkningar, då det trots stora språkkunskaper i det engelska språket inte är författarnas eget modersmål. Författarna har försökt undvika sådana feltolkningar genom att använda lexikon, läsa artiklarna separat och gemensamt och sedan tillsammans diskutera och jämföra artiklarnas innehåll (Kjellström, 2017). Litteraturöversikten baserades på både kvalitativa och kvantitativa studier. Kvalitativa artiklar är mest fördelaktiga då det kommer till att lyfta fram upplevelser och erfarenheter och trovärdigheten ökar om alla artiklar i en litteraturöversikt har samma design (Friberg, 2017). Eftersom författarna fick så få träffar valde de dock att använda sig av både kvalitativa och kvantitativa studier, för att få ett tillräckligt stort antal artiklar till resultatet.

Genom att inte ha någon geografisk begränsning i databaserna inkluderades flera olika länder vid sökningarna. Det kan ses som en styrka med litteraturöversikten att lyfta fram kvinnors upplevelser oavsett härkomst, eftersom Sverige är ett mångkulturellt samhälle och sjuksköterskan bör kunna bemöta patienter från olika kulturer. Trots att litteraturöversikten är internationell så saknas artiklar från flera delar av världen, till exempel Afrika, vilket kan ha

inneburit att vissa upplevelser inte inkluderades i litteraturöversikten. Resultatet inkluderar heller inga artiklar från Sverige, vilket borde vara relevant då författarna till stor del utgår från vård vid hysterektomi i Sverige. Detta kan ses som en svaghet.

Författarna granskade alla artiklar separat för att kunna skapa sig en förståelse, sedan summerades och diskuterades granskningarna mellan författarna för att upptäcka eventuella skillnader i tolkningarna. Att göra på detta sätt stärker litteraturöversiktens reliabilitet (Henricson, 2017). Gemensamma teman återfanns i artiklarna, vilket stärker resultatets pålitlighet. Då författarna inte har egna erfarenheter av att genomgå en hysterektomi och inte heller känner någon som har gjort det, minskar risken att tolkningen av artiklarna och resultatet påverkats av förförståelse vilket kan ses som en styrka. Författarna har gemensamt arbetat fram litteraturöversikten och deras samarbete har fungerat bra genom hela arbetet. För att öka reliabiliteten har författarna reflekterat och diskuterat kontinuerligt kring sin egen förförståelse (Henricson, 2017). Detta minskar risken för oredlighet och selektivt urval, eftersom det hjälper författarna att inte utelämna resultat som går emot den egna förförståelsen eller bara presentera resultat som stödjer eventuella egna teorier eller hypoteser (Kjellström, 2017). Författarna har noggrant granskat texten för att se att artiklar följer forskningsetiska riktlinjer (World Medical Association, 2018). Två artiklar tog inte upp den etiska aspekten i metoddelen, detta kan ses som en svaghet med litteraturöversikten.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva kvinnors upplevelser av att ha genomgått en hysterektomi. Ser man på resultatet utifrån Roys teori om adaptation kan hysterektomi ses som en stor förändring som påverkar flera delar av en kvinnas liv (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). För att kunna upprätthålla hälsa och balans i livet krävs det att kvinnan förmår adaptera till dessa nya livsomständigheter. Att gå från en välkänd situation i livet till en okänd beskrivs av Chick & Meleis (2010) som en transition som påverkar en människas livssituation, förväntningar och förmågor. En transition kan ta tid och vara svårförståelig både för individen och för omgivningen. Resultatet visar att de flesta kvinnor upplever att deras livskvalitet förbättras efter en hysterektomi, då de befrias från de symtom som tidigare ansetts begränsande.

Dessa förbättringar rör även deras sexliv då de efter operationen anser att de kan njuta mer av sex än innan. Tidigare forskning har beskrivit liknande resultat - att kvinnors livskvalitet och sexuella hälsa har påverkats i en positiv riktning efter en hysterektomi, med ökad sexuell

njutning som följd (Berlit et al., 2017). Annan forskning har också visat att många kvinnor kan återgå till ett normalt sexliv redan en månad efter operationen (Wagner, Carlsund, Sörensen & Ottesen, 2005). Författarnas resultat visar dock även på det motsatta, att hysterektomi ibland bidrar till en försämrad livskvalitet på grund av fysiska biverkningar, förändrad kroppsuppfattning och nedsatt sexuell förmåga. Ytterligare forskning har framfört liknande resultat och visade att en hysterektomi kan påverka kvinnans livskvalitet negativt, både kroppsuppfattning och sexualitet (Jeglic, Pajk & Zajec, 2004).

World Health organisation (WHO) definierar sexualiteten som ett grundbehov hos alla människor och sexuell hälsa ses som betydelsefull för människors livskvalitet och psykiska välmående (World Health Organisation, 2010). Roy beskriver i sin teori de fysiologiskt-fysiska behoven av nutrition, elimination, aktivitet och vila, men tar inte upp fortplantningsförmågan och sexualiteten. Dessa är två väsentliga mänskliga funktioner och behov som berörs och påverkas starkt vid en hysterektomi, och därför kan detta ses som en nackdel med vald teori. Meleis menar att Roy saknar en tydlig grund i omvårdnad och inte tar upp alla delar av den mänskliga existensen (Wiklund Gustin och Lindwall, 2012). Enligt Löfgren-Mårtenson (2013) visar forskning att sjuksköterskor ofta undviker kommunikation kring sexualitet, eftersom det anses vara ett privat och tabubelagt ämne. När det kommer till att stödja en patient som går igenom en transition som påverkar hennes fysiologiska funktioner och behov är det enligt Roy viktigt att sjuksköterskan kan stödja kvinnans adaptationsförmåga inom detta område för att bevara och främja kvinnans hälsa och integritet (Wiklund Gustin och Lindwall, 2012).

Författarna reflekterar över huruvida sjuksköterskan kan påverka kvinnans upplevelser positivt genom att bemöta och adressera kroppsliga och sexuella frågor vid en hysterektomi. Hänsyn bör då tas till att alla människor ser olika på kropp och sexualitet och har olika stort behov, både av sex och av att prata om det. Förlusten av de inre fortplantningsorganen är ofrånkomlig vid en hysterektomi, vilket leder till en stor förändring både för fertila och icke fertila kvinnor (Almås, 2011). Fertila kvinnor mister förmågan att bli med barn och alla kvinnor som genomgår en hysterektomi påverkas hormonellt, eftersom man avlägsnar ett endokrint organ (Bixo & Bäckström, 2014). Vissa kvinnor vill inte ha barn och upplever därför inte samma sorg eller känsla av förlust över att förlora fertiliteten, men kan ändå påverkas sexuellt och fysiologiskt. Därför är det viktigt att sjuksköterskan inte generaliserar utan lyssnar med närvaro och utan att döma.

I resultatet framkommer även att kvinnor som genomgår en hysterektomi oroar sig över att förlora sin identitet som kvinna, då operationen innebär en förlust av livmodern och förmågan

att få barn. Annan forskning har visat att kroppsuppfattningen är en del av identiteten och handlar om hur en person ser på sig själv och mår i den egna kroppen (Maguire & Murray Parkes, 1998). Att genom kirurgi avlägsna en kroppsdel eller ett organ innebär en fysisk förlust och kan ha en betydande inverkan på en människas kroppsuppfattning (Farmen & Hol, 2002). Transitioner som sjukdom, skada eller omfattande kirurgi ses som utmanande för identiteten, och skapar en sårbarhet hos individen (Meleis, 2010). Identiteten är enligt Roy (2009) knuten till både kroppen och själen och är beroende av en människas självbild och känsla av värdighet. När en individ går igenom en stor förändring, kan det uppstå en identitetskonflikt mellan det gamla och nya jaget, vilket kan leda till ett avbrott i personens utveckling och därmed ohälsa. En människas självbild och identitet skapas i samspel med andra människor och relaterar till känsloupplevelser och upplevelser av att vara densamma över tid. Den påverkar även människans känsla av sammanhang och känslan av att vara unik (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Annan forskning påvisar liksom författarnas resultat att både kroppsuppfattning, sexualitet och förmåga till reproduktion påverkas eller förändras vid en hysterektomi, och att detta kan leda till identitetsförlust och försämrade självkänsla (Jeglic, Pajk & Zajec, 2004).

Samtidigt finns det i resultatet kvinnor som känner sig mer som kvinnor efter operationen, eftersom de känner lättnad och inte upplever att deras livmoder identifierar dem som kvinnor. Transitioner är på detta sätt dynamiska, komplexa och ofta mångsidiga, då människor kan befinna sig i en livssituation där både positiva och negativa transitioner pågår samtidigt (Ternestedt & Norberg, 2014). En stor förändring kan påverka en människas liv i både positiv och negativ riktning. Då kvinnans livstolkning är det centrala, bör sjuksköterskan enligt Roy (2009) inte bara se till hennes fysiologiska behov, utan även till de psykologiska, emotionella och andliga behoven. Detta skulle enligt författarna kunna handla om att medvetandegöra kvinnan om sin identitet och att förbereda henne för förändringen hon står inför, samt att främja möjligheterna att integrera det som hänt i identiteten. Om samtliga behov inte tillgodoses kan det enligt Roy leda till att patienten förlorar kontakten med jaget och upplever känslor av ångest och maktlöshet och utvecklar ineffektiva copingstrategier (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Författarna reflekterar över hur man kan utföra en omvårdnad som stödjer identiteten. Enligt Dahlberg & Segesten (2010) måste det finnas en tydlighet då det är en delikatt gräns mellan professionella och vänskapliga relationer. Tydliga ramar och ett professionellt förhållningssätt sätter fokus på patientens individuella välbefinnande och hälsoprocess.

Sjuksköterskan bör reflektera över sin egen förförståelse, att vara öppen och respektfull gentemot patienten och samtidigt sätta upp tydliga gränser för relationen.

Det framgick i resultatet att kvinnor oroar sig över att deras roll som kvinna, i relationen och i samhället i stort, ska förändras på ett negativt sätt och att de inte längre ska vara välkomna i samhället efter operationen. Detta kan ses utifrån det Roy (2009) skriver om människans rollfunktion, som är en av de fyra adaptiva funktionsområden som adaptationsmodellen tar upp. Rollfunktionen berör vår sociala integritet, dvs. behovet av att veta vem man själv är i relation till andra för att kunna ha ett tillfredsställande socialt liv. Rollfunktionen ger en människa en plats i samhället och kräver att hon agerar på ett visst sätt. Samhället och kulturen formar primära roller som bygger på ålder, kön, mognad och social bakgrund. Sekundära roller är förenade med åtaganden som de primära rollerna ställer oss inför, och på dessa roller vilar förväntningar, dels från en själv men även från andra. Det kan förklaras som att en kvinna som uppnått en viss ålder förväntas bli gravid och inta rollen som mor. Om en stor förändring som hysterektomi gör att hon inte längre kan leva upp till den roll och de förväntningar som finns på henne, kan detta leda till känslor av otillräcklighet och frustration, vilket i sin tur kan leda till konflikter med omgivningen. Att klara av att adaptera vid en transition genom att överge gamla roller och ikläda sig nya är således en viktig del av en individs liv och någonting som måste fungera om en människa ska kunna uppleva hälsa och balans (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

För att få en djupare förståelse för kvinnornas upplevelser kan man se till förändringen i rollfunktionen som kan uppstå när en individ genomgår en hälso- och sjukvårdsrelaterad transition (Meleis, 2010). För att kunna genomgå en transition som hysterektomi på ett konstruktivt sätt krävs det att individen förmår ändra på definitionen av sig själv i sin sociala kontext, men även att individen kan ta till sig ny kunskap och anpassa sig till den nya situationen. Farnen & Hol (2010) menar att en sjukdom som kräver ett genomgripande kirurgiskt ingrepp inte bara hotar en människas identitet utan även kan ses som ett hot mot samlivet. Detta eftersom rollerna i relationen kan förändras, vilket kan leda till att relationen går igenom en identitetsförlust.

Om en stor transition leder till att en kvinna inte kan hantera de olika roller hon förväntas leva upp till kan detta leda till ohälsa som kan yttra sig på olika sätt, beroende på bland annat vilken kulturell bakgrund kvinnan har. Roller som skapats av kulturell tillhörighet, religiös övertygelse och livssyn bör tidigt klargöras i sjuksköterskans samtal med en kvinna som går igenom en hysterektomi, detta för att kunna ge en så individanpassad och patientcentrerad vård som möjligt (Blomsjö, 2016). Kultur, religion och mytiska uppfattningar kan spela en

stor roll när det kommer till människors upplevelser av att genomgå gynekologisk kirurgi, samt upplevelsen av vårdprocessen i sin helhet (Kersey-Matusiak, 2015). Författarnas generella uppfattning utifrån delar av resultatet var att moderskap uppfattas som en central del av livet hos många kvinnor, och att det i samhället finns en grundläggande tanke om vilket livsmönster en kvinna bör leva upp till. Författarna reflekterar över att synen på kroppen, sexualiteten och vad som är kvinnligt respektive manligt är integrerat i människan, och att dessa värden kan variera mellan olika kulturer. Dessa roller skulle kunna ses som en internalisering av det Roy kallar för residuala stimuli, det vill säga av attityder och antaganden i samhället som är djupt rotade i människans livshistoria (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Genom att inte uppfylla målen som rollerna innebär, uppstår en ineffektiv respons på den stimuli som omgivningens förväntningar utgör (Roy, 2009).

Roy's adaptionsteori beskriver människan utifrån ett större, universellt perspektiv, en slags kosmisk enhet i vilken alla har sin unika roll att spela, men hon fördjupar sig inte i kulturens påverkan på människan. Enligt författarnas resultat verkar kulturell bakgrund påverka hur mycket tillit och förtroende en kvinna känner till vården och vårdgivarna. Om kulturen påverkar människan på det sättet blir ett alltför universellt synsätt enligt författarna svårt att applicera på en kulturkompetent omvårdnad. Roy nämner dock att RAM kan förändras beroende på i vilken kultur som modellen används.

Resultatet visar även att kvinnor upplever oro på grund av andra människors förutfattade meningar om hysterektomi. Vissa upplever sig motarbetade av sin partner och vissa känner att de blir dömda av samhället i stort. Detta kan ses i ljuset av det Roy skriver om relationer och samhörighet, och om att människans känsla av värde i stor utsträckning är knuten till hur hon uppfattas av andra människor (Roy, 2009). Nära relationer bidrar till en människas hälsa och livskvalitet, ger en känsla av sammanhang och tillhörighet och hjälper henne att växa och utvecklas. Människan existerar i ett kontinuerligt mänskligt sammanhang och är beroende av andra och det är viktigt att ha möjlighet att balansera behovet av ensamhet med behovet av närhet till andra människor. Om relationen till de som står en nära är mindre gynnsamma, eller om en människas integritet och autonomi åsidosätts kan det åtföljas av att hon känner förödmjukelse, förlorar sin självaktning och får en negativ självbild. Människans sociala samspel med sin omgivning är enligt Roys teori (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012) centralt i omvårdnaden, och en av sjuksköterskans uppgifter är att underlätta detta samspel på ett sådant sätt att det kan leda till välbefinnande och utveckling. Den yttre miljön är i konstant förändring och påverkar den mänskliga hälsan. Människor behöver kunna adaptera till förändrade livsomständigheter, och en stödjande omgivning kan underlätta detta.

De kvinnor som upplevde att de hade fått stöd av sin familj genom vårdprocessen, uttryckte att de inte hade klarat sig utan det. Annan forskning visar att hysterektomi påverkar en kvinnas närmaste relationer märkbart och att de kvinnor som fått stöd från sin partner genom den transition som en hysterektomi innebär, återhämtade sig bättre än de som inte hade fått det (Askew & Zam, 2013). Det framkom även att anledningen till att vissa kvinnors partner uppvisade en motvilja mot ingreppet var rädsla och okunskap. Annan forskning sammanfaller med detta och visar att det är av betydelse att även kvinnans partner får ta del av information och undervisning gällande ingreppet, eftersom partnern ofta är en stor del av kvinnornas liv och återhämtning (Akiko Komura Hoga, Baraldi Higashi & Mayumi Sato, 2012). Författarna blev överraskade av att se att flera av de artiklar de fördjupade sig i efter att ha kommit fram till resultatet, visade att männen till de kvinnor som genomgått en hysterektomi till största del varit stöttande och funnits där för kvinnan genom hela processen. Författarnas resultat visar till stor del det motsatta.

Även vårdrelationen och stödet från sjuksköterskan hör till den del av en människas jag som Roy kallar för relationer och samhörighet. Människor kan dock vara olika mottagliga för det stöd som erbjuds dem. Tidigare forskning har visat att kvinnor som gått igenom en hysterektomi haft väldigt olika sätt och förmågor att ta till sig och hantera information på, vilket påverkat deras upplevelse i samband med operationen (Wagner et al., 2005). Precis som kvinnorna i författarnas resultatdel så uppskattade dessa kvinnor tydlig information, innan och efter operationen. De saknade kunskap om ingreppet och om allt som kommer därefter, och flera hade gått med på en snabb utskrivning fast de egentligen inte ville.

Författarnas resultat visar även att några kvinnor känner att de har tagit ett felaktigt beslut baserat på otillräcklig information, och många vet inte vart de ska vända sig med sina bekymmer efter operationen. Detta kan betyda att de inte har fått tillräcklig information av vårdpersonal, men det skulle också kunna bero på svårigheter att ta till sig informationen. Enligt Roy (2009) kan detta beskrivas som en ineffektiv respons på både kontextuella och residuala stimuli, vilket kan bidra till ohälsa och sänkt livskvalitet. Det går dock inte att generalisera över vad som är en effektiv respektive ineffektiv respons. En människas beteende måste alltid förstås i ljuset av hur hon upplever sin unika livssituation. Sjuksköterskan kan via sitt förhållningssätt stödja en effektiv respons på yttre och inre stimuli och genom samtal engagera och stödja kvinnan att aktivt söka kunskap om sin egen situation (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Sjuksköterskan kan även inge trygghet och förtroende så att kvinnan vågar öppna sig och skapa och upprätthålla goda sociala relationer.

Kliniska implikationer

Det resultat som författarna kommit fram till gällande kvinnors upplevelser, tankar, känslor och behov vid en hysterektomi, kan vara till gagn för de som vårdar kvinnor som genomgår en hysterektomi, liksom för kvinnorna, för deras närstående och för samhället i stort. Om sjuksköterskor som möter denna patientgrupp får större kunskap om hysterektomi utöver det som den allmänna sjuksköterskeutbildningen erbjuder, kan det bidra till en bättre och mer adekvat vård. Kvinnorna som genomgick en hysterektomi beskrev behovet av en god vårdrelation med en närvarande och vänlig sjuksköterska, samt behov av tydlig information om ingreppet, biverkningar och återhämtning. Då litteraturöversikten visar att en hysterektomi är en stor transition som kräver att patienten kan adaptera till förändrade livsomständigheter kan vetskapen om att kvinnorna har dessa behov hjälpa sjuksköterskan att bemöta patienten på ett sätt som främjar hennes hälsa, stödjer hennes adaptationsförmåga och gör henne tryggare under den process som en hysterektomi innebär. Genom att vården utökar sin kunskap och följer upp patientgruppen kan kvinnorna få ökat stöd och lindring av symtom. Då kvinnor upplever ett behov av att prata om sina upplevelser anser författarna att kvinnorna bör få större tillgång till samtalsstöd och uppföljning efter hysterektomin.

Förslag till fortsatt forskning

Resultatet i denna studie väcker nya tankar kring hysterektomi och dess inverkan på de kvinnor som genomgår operationen. Författarna har sett att det saknas stöd i form av information till närstående. Detta skulle enligt författarna vara intressant att fördjupa sig i då det enligt resultatet verkar som att detta skulle underlätta för patienten vid hysterektomi. Det hade även varit intressant att se om kvinnors mående skulle förändras om de fick möjlighet till samtalsstöd efter hysterektomin. Författarna fann inte någon svensk artikel att ha med i litteraturstudien och det verkar finnas begränsad forskning på svenska kvinnors upplevelser av hysterektomi. Därför hade det varit intressant att genomföra en kvalitativ studie i Sverige, för att se om resultatet skulle bidra till nya aspekter. Ytterligare förslag på forskning skulle kunna vara att fördjupa sig i hur en hysterektomi påverkar kvinnors förmåga till sexuell njutning.

Slutsats

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva kvinnors upplevelser av att ha genomgått en hysterektomi, och resultatet visade att kvinnors upplevelser av hysterektomi påverkar deras

livskvalitet, kropp, identitet och relationer. Kulturella värderingar, stöd från partner och vårdrelationens kvalitet under vårdprocessen kan påverka kvinnors pre- och postoperativa upplevelser. Sjuksköterskor har möjlighet att påverka kvinnors upplevelser genom att öka sin kunskap, vara närvarande och vänliga samt ge kvinnor adekvat och individanpassad information.

Referensförteckning

**Markerade artiklar är resultatartiklar.*

Akiko, L. K. H., Baraldi, A. H., & Mayumi, P. S. (2012). Psychosexual Perspectives of the Husbands of Women Treated With an Elective Hysterectomy. *Health Care for Women International*, 33, 799–813. doi: 10.1080/07399332.2011.646370

Almås, H., & Stubberud, D-G. (2011). *Klinisk omvårdnad del 2*. Stockholm: Liber.

*Aparecida, B. M. M., Moura de O. D., Pinto de J. M. C., Akiko, K. H. L., & Garofalo de O. P. A. (2012) Experiences and expectations of women submitted to hysterectomy. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(3), 608–615. Hämtad från databasen CINAHL Complete.

Askew J.C., & Zam, M. (2013). In Sickness and in Health: The Effects of Hysterectomy on Women's Partners and Intimate Relationships. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 12, 58–72. doi: 10.1080/15332691.2013.750078

Berlit, S., Lis, S., Jürgens, S., Buchweitz, O., Hornemann, A., Sütterlin, M. & Tuschy, B. (2017) Postoperative sexual functioning in total versus subtotal laparoscopic hysterectomy: what do women expect? *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 296(3), 513–518.

Bixo, M. & Bäckström, T. (2014). *Problemororienterad gynekologi och obstetrik*. Stockholm: Liber.

Björck, M., & Sandman, L. (2007). Vårdrelation - ett försök att tydliggöra begreppsanvändningen. *Vård i Norden*. 4(12), 14–19.

Blomsjö, I. (2016). Svåra samtal. I C. Kumlien & J. Rystedt (Red.), *Omvårdnad och kirurgi* (s. 89–97). Lund: studentlitteratur.

*Bossick, A. S., Sangha, R., Olden, H., Alexander, L. G., & Wegienka, G. (2018). Identifying what matters to hysterectomy patients: postsurgery perceptions, beliefs, and experiences. *Journal of patient-centered research and reviews*, 5(2), 167-175. doi:10.17294/2330-0698.1581

Borgfeldt, C., Sjöblom, I., Strevens, H., & Wangel, A-M. (2019). *Obstetrik och gynekologi: För sjuksköterskor*. Lund: studentlitteratur.

Burkhart, JA. (2008). Training nurses to be teachers. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 39(11). 503-510. doi:10.3928/00220124-20081101-02

Chen, B., Ren, D-P., Li, J-X., & Li, C-D. (2014). Comparison of vaginal and abdominal hysterectomy: A prospective non-randomized trial. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 30(4), 875-879. doi: [10.12669/pjms.304.4436](https://doi.org/10.12669/pjms.304.4436)

- Chick, N., & Meleis, A.I. (2010). Transitions: A nursing concern. I A.I. Meleis (Red.). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (s. 24-38). New York: Springer.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur
- Farmen, M. Hol, M. (2002) Gynekologisk omvårdnad I: Almås, H. (red.) *Klinisk omvårdnad 2*. Stockholm: Liber.
- Farquhar, C. M., Harvey, S. A., Yu, Y., Sadler, L., & Stewart, A. W. (2006). A prospective study of 3 years of outcomes after hysterectomy with and without oophorectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(3), 711-717. doi: [10.1016/j.ajog.2005.08.066](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.08.066)
- Flam, F., & Lundberg, S. (2007). Vaginala vägen vinner vid hysterektomi. *Läkartidningen*. 104(30), 2167–2169.
- *Fram, K. M., Saleh, S. S., & Sumrein, I. A. (2013). Sexuality after hysterectomy at *University of Jordan Hospital: a teaching hospital experience*.
- Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F., & Öhlén, J. (2017). Fenomenologi och hermeneutik. I M Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 301-319). Lund: Studentlitteratur AB.
- *Galavotti, C., & Richter, D. L. (2000). Talking about Hysterectomy: The Experiences of Women from Four Cultural Groups. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, 9(1), 63. Hämtad från databasen Cinahl Complete.
- Grob, S; Bläuer, C; Frei, I. A. (2017). Women's experiences of nurse case management on a gynaecological oncology unit in a Swiss tertiary hospital. *A thematic analysis. Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 31(4): 814-821. <http://dx.doi.org.esh.idm.oclc.org/10.1111/scs.12401>
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ design. I M Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 111-113). Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nurses. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 1a november 2019, från Svensk sjuksköterskeförening, https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

- Jeglic R., Pajk JR. & Zajec A. M. (2004). Psychological aspect of the treatment of a patient with hysterectomy from the point of view of a nurse. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 38(2), 143-148. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Johnson, N., Barlow, D., Lethaby, A., Tavender, E., Curr, L., & Garry, R. (2005). Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 330(7506), 1478. doi: [10.1136/bmj.330.7506.1478](https://doi.org/10.1136/bmj.330.7506.1478)
- Karlsson, E-K. (2017). Informationsökning. I M Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 81–96). Lund: Studentlitteratur.
- Kersey-Matusiak, G. (2007). *Kulturkompetent omvårdnad*. Lund: studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 57–77). Lund: Studentlitteratur.
- Lethaby, A., Mukhopadhyay, A., & Naik, R. (2012). Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane database of systematic reviews*, 2012(4). doi: [10.1002/14651858.CD004993.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004993.pub3)
- Löfgren-Mårtensson, L. (2013). *Sexualitet*. Malmö: Liber.
- Maguire, p., & Murray Parkes, C. (1998). Coping with loss: Surgery and loss of body parts. *BMJ Clinical Research*, 316(7137). 1086. doi: [10.1136/bmj.316.7137.1086](https://doi.org/10.1136/bmj.316.7137.1086)
- Mazmanian, CM. (1999). Hysterectomy: holistic care is key. *RN*. 62(6). 32–35. Hämtad från databasen CINAHL complete.
- Meleis, A. I. (2010). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. I A.I. Meleis (Red.). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (s. 13-24). New York: Springer.
- Nykanen, K., Suominen, T., & Nikkonen, M. (2011) Representations of hysterectomy as a transition process in Finnish women's and health magazines. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25, 608-616. doi:[10.1111/j.1471-6712.2010.00861.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00861.x)
- *Pinar, G., Okdem, S., Dogan, N., Buyukgonenc, L., & Ayhan, A. (2011). The effects of hysterectomy on body image, self-esteem, and marital adjustment in Turkish women with gynecologic cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 16(3). doi: [10.1188/12.CJON.E99-E104](https://doi.org/10.1188/12.CJON.E99-E104)
- Pålsson, M. (2018). *Hysterektomi på benign indikation* (GynOp årsrapport, nr 2018:1) Göteborg: SFOG. Från <http://www2.gynop.se/wp-content/uploads/2018/07/GynOpÅrsrapportHysterektomi2017.pdf>
- *Roudi, O., Tirgari, B., Cheraghi, M. A., Nayeri, N. D., & Rayyani, M. (2019). "Tender Care": Iranian Women's Needs to Cope with Hysterectomy and Oophorectomy- A Qualitative Content Analysis Study. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*. 7(1), 63-74. Hämtad från databasen Cinahl Complete.

- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.) Upper Saddle River: Pearson.
- Shekhar, C., Paswan, B., & Singh, A (2019). Prevalence, sociodemographic determinants and self-reported reasons for hysterectomy in India. *Reproductive Health*. 16.1. doi:<http://dx.doi.org/esh.idm.oclc.org/10.1186/s12978-019-0780-z>
- *Skea, Z., Harry, V., Bhattacharaya, S., Entwistle, V., Williams, B., MacLennan, G., & Templeton, A. (2004). *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 111, 133-142. DOI: 10.1046/j.1471-0528.2003.00027.x
- Socialstyrelsen. (2010). Hysterektomi vid uterusmyom [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/hysterektomi-vid-uterusmyom/600>
- *Solbraekke, K. N., & Bondevik, H. (2015). Absent organs - Present selves: Exploring embodiment and gender identity in young Norwegian women's accounts of hysterectomy. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 10, 26720. doi: [10.3402/qhw.v10.26720](https://doi.org/10.3402/qhw.v10.26720)
- Sutton, C. (1997). Hysterectomy: a historical perspective. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 11(1), 1-22. doi: [10.1016/S0950-3552\(97\)80047-8](https://doi.org/10.1016/S0950-3552(97)80047-8)
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 18 oktober, 2019, från Svensk sjuksköterskeförening, <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- Tan, DA., Haththotuwa, R., & Fraser, IS. (2017). Cultural aspects and mythologies surrounding menstruation and abnormal uterine bleeding. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 40, 121-133. doi: [10.1016/j.bpobgyn.2016.09.015](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.09.015)
- Thompson, L. (1999). *The Wandering Womb: A Cultural History of Outrageous Beliefs about Women*. Prometheus: First Edition. Hämtad från <http://profkramer.com/assets/wandering-womb-intro-1-and-2-f07.pdf>
- Ternstedt, B-M., & Norberg, A. (2014). Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv - identitetens betydelse. I F. Friberg., & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 33–60). Lund: Studentlitteratur.
- Wagner, L., Carlslund, A.M., Sorensen, M., & Ottensen, B. (2005). Women's experiences with short admission in abdominal hysterectomy and their patterns of behaviour. *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci*. 19, 330-336.
- *Williams, RD., & Clark AJ. (2000). A qualitative study of women's hysterectomy experience. *Journal of Women's Health & Gender-Based medicine*. 9(2), 15–25. doi: [10.1089/152460900318731](https://doi.org/10.1089/152460900318731)
- Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012) *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

- World Health Organisation (2010). *Developing sexual health programs: A framework for action*. Switzerland: WHO. Från https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf;jsessionid=0F9F005572553E29C53E80B9B4F7BF8A?sequence=1
- World medical association. (2018). WMA Declaration of helsinki-ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 25 september, 2019, från WMA, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>
- *Yang, Y.L., Chao, Y.M., Chen, Y.C., & Yao, G. (2006). Changes and Factors Influencing Health-related Quality of Life After Hysterectomy in Premenopausal Women with Benign Gynecologic Conditions. *J Formos Med Assoc*, 105(9), 731–742. Hämtad från databasen PubMed.
- Östlund, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59–82). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
Cinahl Complete 2019-10-20	(MH "Hysterectomy") AND ("experiences" OR "Attitudes" OR "Nursing")	121	Fulltext, peer-reviewed, engelska, 1999-2019	30	12	<p>Aparecida, BMM., Moura de OD., Pinto de JMC., Akiko, KHL., & Garofalo de OPA. (2012).</p> <p>Fram, K. M., Saleh, S. S., & Sumrein, I. A. (2013).</p> <p>Galavotti, C., & Richter, D. L. (2000).</p> <p>Pinar, G., Okdem, S., Dogan, N., Buyukgonenc, L., & Ayhan, A. (2012).</p> <p>Roudi, O., Tirgari, B., Cheraghi, M. A., Nayeri, N. D., & Rayyani, M. (2019).</p> <p>Williams, RD., & Clark AJ. (2000).</p>

PubMed 2019-10-20	("Hysterectomy" [Mesh]) AND ("Experiences" OR "Attitudes" OR "Nursing")	119	Free-full text, engelska, 1999-2019	12	4	Solbraekke, K. N., & Bondevik, H. (2015). Skea, Z., Harry, V., Bhattacharaya, S., Entwistle, V., Williams, B., MacLennan, G., & Templeton, A. (2004). Yang, Y.L., Chao, Y.M., Chen, Y.C., & Yao, G. (2006).
PubMed 2019-10-20	("Hysterectomy") AND ("Experiences" OR "Attitudes")	139	Free-full text, engelska, 1999-2019	5	2	Bossick, AS., Sangha, R., Olden, H., Alexander, GL., & Wegienka, G. (2018).

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Aparecida, BMM., Moura de OD., Pinto de JMC., Akiko, KHL., & Garofalo de OPA. (2012).	Experiences and expectations of women submitted to hysterectomy.	2012, Brasilien, Texto & Contexto – Enfermagem.	Att förstå erfarenheter och förväntningar hos kvinnor som har behövt genomgå hysterektomi.	Metod: Kvalitativ. Urval: Tio kvinnor, 38–54 år, som har genomgått hysterektomi. Datainsamling: intervjuer. Analys: Tematisk innehållsanalys.	Resultatet visade att kvinnorna ansåg att förändringarna vid en hysterektomi var mestadels positiva, då de upplevde ett förbättrat sexualliv och ett större socialt liv efter operationen.
Bossick, AS., Sangha, R., Olden, H., Alexander, GL., & Wegienka, G. (2018).	Identifying what matters to hysterectomy patients: postsurgery perceptions, beliefs and experiences.	2018, USA, Journal of Patient-Centered Research and Reviews.	Att undersöka och identifiera vad som är viktigt för kvinnor som genomgått hysterektomi: postoperativa föreställningar och erfarenheter.	Metod: Kvalitativ. Urval: 24 kvinnor, 18–65 som har genomgått hysterektomi. Datainsamling: Sex stycken fokusgrupper. Analys: Tematisk innehållsanalys.	Resultatet visade att det som påverkade kvinnornas upplevelser mest och därför ansågs som viktigast var pre-och postoperativa uppfattningar, tidigare erfarenheter och återhämtning. Kvinnorna önskade att de kunnat ge råd till sitt forna jag samt rekommendationer till andra kvinnor.
Fram, K. M., Saleh, S. S., & Sumrein, I. A. (2013).	Sexuality after hysterectomy at University of Jordan Hospital: a teaching hospital experience.	2013, Jordan, Archives of Gynecology & Obstetrics.	Att utvärdera sexuell aktivitet hos patienter som genomgått hysterektomi med orsak av benigna gynekologiska sjukdomstillstånd.	Metod: Kvantitativ. Urval: 124 kvinnor 35–75 år som har genomgått hysterektomi, retrospektivt under två år. Datainsamling: Intervjuer och enkäter. Analys: Deskriptiv statistik.	Resultatet visade att majoriteten av kvinnorna upplevde förbättrad sexuell funktion och hälsa efter hysterektomin, trots att de tidigare uttryckt oro över att förlora sin sexuella lust och feminina form.

Galavotti, C., & Richter, D. L. (2000).	Talking about hysterectomy: the experiences of women from four cultural groups.	2000, Columbia, Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine.	Att beskriva kvinnors upplevelser av hysterektomi, från fyra olika kulturella perspektiv.	Metod: Kvalitativ. Urval: Kvinnor i olika åldrar från fyra olika kulturella grupper. Datainsamling: Djupgående intervjuer i fokusgrupper. Analys: Tematisk innehållsanalys.	Resultatet visade liknande upplevelser, nästan alla tyckte att läkarna inte tog sig tid att informera om menopaus och om hysterektomi. De flesta var dock nöjda med hysterektomin eftersom smärtorna var borta. Kaukasiska och afroamerikanska kvinnor kände misstro gentemot vården och vårdgivarna medan latinska kvinnor kände tillit.
Pinar, G., Okdem, S., Dogan, N., Buyukgonenc, L., & Ayhan, A. (2012).	The Effects of Hysterectomy on Body Image, Self-Esteem, and Marital Adjustment in Turkish Women With Gynecologic Cancer.	2012, Turkiet, Clinical Journal of Oncology Nursing.	Att undersöka skillnader i effekten av hysterektomi baserat på kroppsbild, självkänsla och äktenskaplig anpassning hos turkiska kvinnor med gynekologisk cancer.	Metod: Kvantitativ, tvärsnittsdesign. Urval: Två grupper med 100 kvinnor i åldrarna 28 till 55. Den ena gruppen har genomgått hysterektomi och den andra hade inte genomgått hysterektomi. Datainsamling: Enkäter med skalor. Analys: Deskriptiv statistik.	Resultatet visade att hysterektomi kan ha negativa effekter på kroppsbild och självkänsla hos kvinnor som drabbats av gynekologisk cancer.
Roudi, O., Tirkari, B., Cheraghi, M. A., Nayeri, N. D., & Rayyani, M. (2019).	"Tender Care": Iranian Women's Needs to Cope with Hysterectomy	2019, Iran, International Journal of Community Based Nursing & Midwifery.	Att utforska iranska kvinnors behov i att hantera den transition som hysterektomi och ooforektomi innebär.	Metod: Kvalitativ. Urval: Kvinnor i åldrarna 32-60, en grupp bestående av patienter samt en gynekolog, en barnmorska, en	Resultatet visade att det som var viktigast för kvinnorna var att vara välinformerade, att behandlas med medkänsla i vården och att uppleva att de var välkomnade i samhället trots att de genomgått en hysterektomi.

	and Oophorectomy- A Qualitative Content analysis study.			vårdledare och en grupp bestående av patienter samt en gynekolog, en barnmorska och två äkta makar. Datainsamling: Semistrukturerade och djupgående intervjuer. Analys: Konventionell innehållsanalys.	
Skea, Z., Harry, V., Bhattacharaya, S., Entwistle, V., Williams, B., MacLennan, G., & Templeton, A. (2004).	Women´s perceptions of decision-making about hysterectomy	2004, Skottland, BJOG- An international journal of obstetrics and gynecology.	Att utforska kvinnors syn på beslutsfattande relaterat till hysterektomi.	Metod: Kvantitativ Urval: 157 kvinnor, 27–58 år, med godartade menstruella problem som har genomgått hysterektomi Datainsamling: Strukturerade frågeformulär och djupgående intervjuer. Analys: Tematisk innehållsanalys.	Resultatet visade att kvinnorna såg positivt på information och kommunikation gällande hysterektomi, men de upplevde att de inte fått tillräckligt med information för att kunna känna sig helt trygga i sitt beslut om att genomgå en hysterektomi.
Solbraekke, K. N., & Bondevik, H. (2015).	Absent organs - present selves: Exploring embodiment and gender identity in young Norwegian	2015, Norge, International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being.	Att undersöka hur norska kvinnor bygger upp sin kroppsuppfattning och identitet efter en hysterektomi.	Metod: Kvalitativ. Urval: 8 norska kvinnor, 25–43 år. Datainsamling: Djupgående intervjuer Analys: Berättande strategi.	Resultatet visade två till synes motstridiga upplevelser - kvinnorna kände att de i och med hysterektomin hade förlorat det som gjorde dem till kvinnor, och att kvinnorna kände sig mer som kvinnor efter hysterektomin.

	women's accounts of hysterectomy.				
Williams, RD., & Clark AJ. (2000)	A qualitative study of women's hysterectomy experience.	2000, USA, Journal of Women's Health & Gender-Based medicine.	Att frambringa kvinnors uppfattningar vid hysterektomi, oophorektomi och kirurgisk menopaus.	<p>Metod: Kvalitativ.</p> <p>Urval: 38 kvinnor med en medelålder på 48 år, som genomgått hysterektomi av benigna orsaker.</p> <p>Datainsamling: Fokusgrupper och individuella intervjuer.</p> <p>Analys: Tematisk innehållsanalys.</p>	Resultatet visade att de flesta kvinnorna var nöjda med ingreppet, men oroliga under processen. Kvinnorna saknade information om kvinnors gynekologiska hälsa, för sig själva och sina partners. Afroamerikanska kvinnor uttryckte behov av förändrade attityder och upplevde inte männen som stödjande. Några kvinnor avstod från att berätta för sin partner om operationen på grund av att de inte kände sig stöttade.
Yang, Y.L., Chao, Y.M., Chen, Y.C., & Yao, G. (2006).	Changes and factors influencing health-related quality of life after hysterectomy in premenopausal women with benign gynecologic conditions.	2006, Kina, Journal of the Formosan Medical Association.	Att identifiera vilka faktorer som påverkar livskvaliteten efter hysterektomi hos premenopausala kvinnor.	<p>Metod: Kvantitativ.</p> <p>Urval: 38 kvinnor mellan 33–52 år,</p> <p>Datainsamling: Enkäter</p> <p>Analys: Deskriptiv statistik.</p>	Resultatet visade att den totala hälsostatusen efter en hysterektomi tydde på betydande förbättringar i kvinnornas livskvalitet.