



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Kvinnans upplevelse av den gynekologiska undersökningen

En litteraturstudie

Författare: Amanda Glas, Ramona Sbeiti

Handledare: Ingela Sjöblom

Kandidatuppsats

Hösten 2017

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

# Kvinnans upplevelse av den gynekologiska undersökningen

## En litteraturstudie

Författare: Amanda Glas, Ramona Sbeiti

Handledare: Ingela Sjöblom

Kandidatuppsats

Hösten 2017

## Abstrakt

**Syfte:** Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser av den gynekologiska undersökningen.

**Bakgrund:** Avvikande flytningar, klåda, förändrade blödningsintervaller eller smärta är exempel på förändringar som kan göra att kvinnor genomgår en gynekologisk undersökning. Regelbundna GU görs även som en del av ett nationellt screeningprogram. Kvinnor är generellt sett positivt inställda till GU. Däremot förekommer negativa uppfattningar om förfarandet av undersökningen.

**Metod:** Kvalitativ litteraturstudie med induktiv ansats. Nio kvalitetsgranskade artiklar användes för utförandet av studien.

**Resultat:** Resultatet kunde delas in i fyra huvudkategorier: rädsla och ångest, skamlig och generande, förödmjukande och kränkande och stärkande upplevelse.

**Slutsats:** Kvinnor oavsett demografi upplever negativa känslor av skam, ångest, rädsla, förödmjukelse inför och under den gynekologiska undersökningen. En bra relation, individperspektiv och förklade för att täcka de exponerade intimiteterna förbättrade upplevelsen.

## Nyckelord

gynekologisk undersökning, patientupplevelse

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

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	4
Introduktion	5
Problemområde	5
Bakgrund	6
Den gynekologiska undersökningen	7
Kvinnans inställning	9
Syfte	10
Metod	11
Urval	11
Datainsamling	11
Sökschema	12
Kvalitetsgranskning	14
Dataanalys	15
Forskningsetiska avvägningar	15
Resultat	16
Rädsla och Ångest	16
Skamligt och Generande	17
Förödmjukande och Kränkande	18
En stärkande upplevelse	19
Diskussion	20
Diskussion av vald metod	20
Diskussion av framtaget resultat	22
Slutsats och kliniska implikationer	26
Författarnas arbetsfördelning	27
Referenser	28
Bilaga 1 Översiktlig artikelpresentation	32
Bilaga 2 Mall för kvalitetsgranskning	37

# Introduktion

## Problemområde

De flesta kvinnorna i Sverige genomgår någon under ett sitt liv en gynekologisk undersökning (Borgfeldt, 2010). Gynekologiska undersökningar (GU) ingår som en del av ett nationellt screeningprogram mot livmoderhalscancer som görs i Sverige (Lönnberg et al. 2015). Undersökningen kan även göras för att upptäcka eventuella gynekologiska förändringar (Strander, 2012) samt för insättning och avlägsnande av spiral (Janson & Landgren, 2015).

År 2015 var antalet kvinnliga invandrare över 35 000 (Statistiska Centralbyrån, 2017). Invandringen har medfört att flera kulturer, religioner och nationaliteter numera blivit en del av Sverige. Att undersöka uppfattningen om den gynekologiska undersökningen hos kvinnor från andra länder blir därmed aktuellt att belysa.

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO, 2017) har en vision att kvinnor över hela världen bör erbjudas bästa möjliga gynekologiska och obstetriska vård genom hela sin livstid. FIGO arbetar för att höja kvinnors ställning och främja kvinnans roll i frågor kring deras hälsa (International Federation of Gynecology and Obstetrics, [FIGO] 2017).

För att undersökningen ska kunna utföras måste könsorganen exponeras. Att exponera könsorganen för en främmande person är, för flera kvinnor, en obehaglig situation (Borgfeldt, 2010; Carter, Rad, Schwarz, Van & Marshall, 2013). Att en kvinna tidigare haft en negativ upplevelse av en gynekologisk undersökning kan påverka den framtida inställningen patienten har mot nästa undersökning. Obehaget kan förorsaka att kvinnor uteblir från viktiga GU. Uteblivna besök kan innebära att åkommor och sjukdomar inte upptäcks och behandlas (Carter, Rad, Schwarz, Van & Marshall, 2013). Enligt DeMaria, Hollub och Herbenick (2011) påverkades valet att gå på GU även av kvinnans självbild, sexuella aktivitet och uppfattningen om det egna könsorganet.

Studien eftersträvar alltså att belysa hur den gynekologiska undersökningen upplevs för att vidare uppmärksamma vårdpersonalen om vikten av kunskap och förståelse för att kunna minska obehag och lidande hos patienten. Förhoppningen är att studien ska bidra till ökad insikt om hur lidandet kan minskas för patienter som genomgår GU samt för att motverka att de uteblir från viktiga gynekologiska besök. Studien strävar även efter att belysa aspekter som ansågs positiva i samband med gynekologiska undersökningar.

Gynekologiska undersökningar görs oftast av gynekologer. Däremot kan vissa enklare gynekologiska examinationer göras av allmänsjuksköterskor, primärvårdspersonal eller sjuksköterskestudenter (Schmittiel, Selby, Grumbach & Quesenberry, 1999). Det är därför viktigt att all vårdpersonal uppmärksammas på obehag som kan uppstå i samband med gynekologiska eller liknande intima undersökningar som kan uppstå inom vården och hur dessa kan lindras.

## **Bakgrund**

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Joyce Travelbees teori om omvårdnadens mellanmänskliga aspekter valdes som utgångspunkt för innehållet. Travelbees teori passar bra för kvinnors upplevelse av den gynekologiska undersökningen eftersom den är inriktad på upplevelser och erfarenheter hos patienten (Travelbee, 1971).

Travelbee fokuserar till stor del på mellanmänskliga relationer ur ett individperspektiv, vilket är av stor vikt inom vården. Förståelsen för vilka upplevelser patienten har av relationen med vårdaren, samt de konsekvenser upplevelserna av relationen medför, är viktiga för förståelsen av patientens hälsa. För att sjuksköterskan ska få kunskap om vilka värderingar den enskilda individen har, är det viktigt med god kommunikation.

Travelbee har identifierat fem olika faser som bör genomgå för att uppnå en god mellanmänsklig relation; det första mötet, framväxt av roller gentemot varandra, empati, sympati samt ömsesidig förståelse och kontakt (ibid.).

Tidigare upplevelser kan påverka inställningen till kommande erfarenheter. Förståelsen för vad som händer i interaktionen mellan patient och sjuksköterska är central för att få insikt i hur omvårdnaden under GU och andra liknande sammanhang (då könsorgan behöver exponeras) bör vara för att motverka en negativ upplevelse (ibid.).

Människan beskrivs av Travelbee som unik, således innebär det att endast den enskilda individen kan känna hur erfarenheter upplevs.

Lidande anses vara en oundviklig del av livet och då upplevelsen av lidande är subjektiv, skiljer sig denne från den ena individen till den andra. Enligt Travelbee bör sjuksköterskans fokus vara på den enskilda individens uppfattning om vad lidande innebär för denne (Travelbee, 1971).

Travelbees teori belyser vikten av patientens upplevelser samt vilka konsekvenser negativa respektive positiva upplevelser kan medföra. Enligt Travelbees omvårdnadsteori kan vårdgivare erbjuda god omvårdnad om det finns kunskap om hur patienter upplever olika behandlingsinsatser, (Travelbee, 1971) i aktuellt fall insatser under intima undersökningar. Den individualistiska människosynen - då den enskilda individen framhävs som den centrala utgångspunkten - fungerar bra för aktuell studie som inriktar sig på patientupplevelser av GU.

### **Den gynekologiska undersökningen**

I Sverige görs GU i allt större utsträckning idag än vad de har gjort förr. Fler kvinnor, från alla åldrar, väljer att gå på GU (Oscarsson & Benzein, 2002). Avvikande flytningar, klåda, förändrade blödningsintervaller eller smärta är exempel på förändringar som kan göra att kvinnor genomgår en gynekologisk undersökning (Strander, 2012). Regelbundna gynekologiska undersökningar görs som del av ett nationellt screeningprogram. Regelbunden cellprovtagning kan förbättra chansen att livmoderhalscancer upptäcks i ett tidigt skede, och därmed ökar patientens chans att tillfriskna (Lönnerberg et al., 2015). Idag erbjuds varje svensk kvinna mellan 23-49 år en cellprovtagning vart tredje år och för kvinnor mellan 50-64 år, vart sjunde år (Socialstyrelsen, 2014).

Vid en gynekologisk undersökning klär kvinnan av den nedre kroppshalvan för att möjliggöra undersökning av könsorganet (Oscarsson & Benzein, 2002). Patienten får sitta i en gynstol med benen vilande i benstöd. Läkaren eller barnmorskan sitter på en pall mellan patientens ben. Vanligen består den gynekologiska undersökningen av tre steg.

Under det första steget görs en visuell bedömning av de yttre könsdelarna; venusberget (mons pubis), vulva (yttre blygdläpparna eller labia majora), inre blygdläpparna (labia minora), klitoris (glans klitoris, den synliga delen av klitoris), vestibul området (urinrörets mynning, vaginans mynning och Bartholins körtlar), perineum (området mellan vaginans bakre omfång, mynning och anus). Under den visuella bedömningen undersöks de yttre könsorganen utifrån färg, eventuella förändringar och tecken på infektion eller inflammation (Strander, 2012).

Det andra steget i undersökningen är inspektion av de inre könsorganen vilket utförs med hjälp av spekulum och depressor. Spekulum och depressor är de instrument som används under den gynekologiska undersökningen för att kunna se in i vaginan för en visuell bedömning av cervix (livmoderns nedersta del), formen av portio (som är en 1-2 cm lång tapp och 2 cm bred och är den nedersta tredjedelen av uterus), färg, struktur och eventuella avvikelser. Spekulum och depressor används även vid insättning och avlägsnande av kopparspiral eller hormonspiral. Instrumentet används också för kirurgiska aborter och olika provtagningar som till exempel cellprovtagning från livmoderns mynning i portio. Instrumenten måste vara sterila då infektionsrisken ökar i kontakt med kroppens slemhinnor (Janson & Landgren, 2015).

I det tredje steget palperas kvinnans uterus och ovarier. Gynekologen/barnmorskan känner då på kvinnans inre könsorgan. Tekniken heter bimanuell palpation och används för att bedöma uterus position, konsistens, storlek, ömhet eller smärta (Strander, 2012).

Kompletterande ultraljudsundersökning kan behövas för att undersöka inre delar av könsorganet som inte kan ses eller kännas med handen. De inre delarna är äggledarna (tubae uterinae), äggstockarna (ovarierna) och uterus. Ultraljudsundersökningen görs med en stavformad apparat som förs in i vaginan. Apparaten är kopplad till en datorskärm. Ultraljudsstaven genererar ultraljudsvågor som stöter mot organet den är riktat mot. Organen kan undersökas genom att till exempel mäta storleken på respektive organ, upptäcka eventuella blödningar och tumörer. Ultraljudsundersökningen görs även för att upptäcka eventuell extrauterin/ektopisk



graviditet, för att avgöra om en graviditet utvecklas normalt samt för att kontrollera äggstoc-karnas funktion (Janson & Landgren, 2015).

## **Kvinnors inställning**

Äldre forskning visar att kvinnan vid en gynekologisk undersökning kan uppleva att hon hamnar i en underlägsen roll, både i sin roll som patient, men även i den utsatta positionen då könsorganen måste exponeras för en främmande person. Den utsatta positionen kan leda till att kvinnan spänner sig vilket kan ge upphov till ökad känsla av smärta och obehag under undersökningen (Strander, 2012). Äldre studier visar även att kvinnor generellt sett är positivt inställda till den gynekologiska undersökningen. Däremot förekommer negativa uppfattningar om förfarandet av undersökningen.

För över 15 år sedan presenterades rädsla för att exponera de intima delarna som en bidragande faktor till negativa uppfattningar om den gynekologiska undersökningen. Andra faktorer såsom kroppssödör bidrog till oro och ångest i samband med den gynekologiska undersökningen. Ett samtal mellan gynekolog(/barnmorska/sjuksköterska) och patient, uppskattades av kvinnan och ansågs ha lugnande effekt inför undersökningen (Oscarsson & Benzein, 2002). I studien av Oscarsson och Benzein (2002) deltog sex kvinnor som varit på minst tio GU. Kvinnorna intervjuades och fick berätta om erfarenheter av den första och senaste gynekologiska undersökningen de varit på. Studien visade att majoriteten av kvinnorna kände sig exponerade och sårbara under både den första och senaste undersökningen. De äldre kvinnorna var mer positivt inställda till den gynekologiska undersökningen än vad de yngre var. Den största rädslan inför undersökningen var undersökningen med spekulum och rädsla att inte kunna avbryta undersökningen. Gynekologens kön var viktigare för deltagarna som genomgick undersökningen för första gången än för de som varit på flera undersökningar. Då föredrogs en kvinnlig gynekolog. Majoriteten av kvinnorna upplevde den första undersökningen som mindre negativ än vad de förväntat sig (Oscarsson & Benzein, 2002).

För 20 år sedan fyllde 531 kvinnor i en enkät i en studie av Wijma, Gullberg och Kjessler (1998). Syftet var att undersöka kvinnors attityd och upplevelse av sin första och senast gjor-

da gynekologiska undersökningen. Majoriteten av deltagarna upplevde i högre grad negativa känslor under den första undersökningen jämfört med den senaste gynekologiska undersökningen. Graden av smärta patienten upplevde under den första gynekologiska undersökningen kunde relateras till huruvida patienten upplevde besöket som positivt eller negativt.

För bara fyra år sedan gjorde Anandan, Kirby, Lykins och Graham (2014) en studie, innehållande 137 kvinnor som slutförde ett frågeformulär, för att undersöka anledningar till att kvinnor uteblir från gynekologiska besök. Resultaten visade att negativa fördomar inför den gynekologiska undersökningen ökade risken att kvinnor uteblir från viktiga läkarbesök. Ett exempel på en negativ fördom var rädsla för att undersökningen skulle vara smärtsam. För 12 år sedan undersökte Oscarsson, Benzein och Wijma (2006), med hjälp av en intervjustudie, upplevelsen hos 15 ungdomar som genomgick sin första gynekologiska undersökningen. Resultatet visade att vårdpersonalens bemötande, professionalitet och kompetens var faktorer som påverkade patienternas upplevelse av den gynekologiska undersökningen.

För 10 år sedan intervjuades 100 kvinnor av Dziobek, Branecka-Woźniak, Berezowska, Ćwiek, Szymoniak och Malinowski (2009). Syftet var att fastställa patientens åsikt om den gynekologiska undersökningen, kontrollera frekvensen av undersökningarna samt undersöka patientens uppfattning om gynekologens attityd mot patienter. Majoriteten av deltagarna uppfattade undersökningen som genant och stressframkallande. Förberedelserna, att sitta i examinationsstolen samt själva vaginala undersökningen ansågs vara obehagliga enligt samtliga kvinnor. Det som uppgavs ge mest obehag, enligt majoriteten av kvinnorna, var dock den vaginala undersökningen. Mer än hälften av deltagarna föredrog en kvinnlig gynekolog. Deltagarna belyste vikten av att gynekologen/barnmorskan var vänlig, lugn och hade god kommunikationsförmåga (ibid.).

För yrkesutövaren är den gynekologiska undersökningen en vanlig företeelse (Oscarsson & Benzein, 2002). För patienten är undersökningen en ovanlig företeelse som kan ge upphov till rädsla och obehag. Kvinnan befinner sig i en utsatt situation och riskerar att påverkas psykiskt om rädslan inte bemöts på ett adekvat vis (Dziobek et. al., 2009).

All ovanstående presenterad forskning är över 10 år gammal. Det är av relevans att undersöka om kvinnans uppfattning om den gynekologiska undersökningen är likadan nu som för 10 år sedan eller om den generella uppfattningen om GU skiljer sig från föregående fakta.

## **Syfte**

Syftet var att beskriva kvinnors upplevelse av den gynekologiska undersökningen.

## **Metod**

Följande arbete är en litteraturstudie. En litteraturstudie innebär en sammanställning av befintlig vetenskaplig litteratur som berör uppsatsens syfte (Kristensson, 2014).

En sökning av artiklar vars abstrakt samt fulltext berör litteraturstudiens frågeställning har utförts och innehållet har kritiskt granskats och sammanställts. Studien har skrivits med en induktiv ansats och en slutsats gällande kvinnans upplevelse i samband med den gynekologiska undersökningen har formats.

## **Urval**

Artiklarna i studien berörde patientupplevelser av den gynekologiska undersökningen. Inklusionskriterierna var artiklar med abstrakt skrivna på engelska och att artiklarna skulle finnas i fulltext. Dubletter, dvs. artiklar som förekom flera gånger, exkluderades samt artiklar som berörde förlossning och upplevelsen hos studenter av att utföra en gynekologisk undersökning.

## **Datainsamling**

Sökning efter artiklar har skett i databaserna PubMed (Tabell 1) och CINAHL (Tabell 2).

Sökningar i PubMed gjordes med hjälp av relevanta MeSH-termer. Följande sökord användes: women perception AND gynecological examination, pelvic examination AND experience, gynecological examination AND comfort.

I CINAHL Complete databas (Tabell 2) användes fritext som var relaterad till studiens syfte; pelvic examination AND experience OR gynecological exam NOT labour, pelvic examination AND discomfort. För att sökningen skulle vara relevant bestämdes det att sökningen skulle innehålla artiklar från en kortare tidsperiod, max 10 år gamla. Vissa undantag har gjorts då enstaka artiklar som använts är äldre. Artiklarna ansågs då vara relevanta för studien trots att de var äldre än 10 år. För att begränsa antalet sökträffar valdes inklusionskriterier.

De artiklar vars abstrakt ansågs vara tillämpliga för litteraturstudien lästes igenom för att vidare avgöra relevans för studiens syfte. Artiklarna som passade studiens syfte användes för utförandet av denna uppsats (Kristensson, 2014).

## **Sökschema**

Tabell 1 - *Sökschema för sökningar i databasen Pubmed*

Databas Datum	Sökord	Begränsning i sökning	Antal sökträffar i databas	Relevanta abstract	Antal artiklar som lästs i fulltext	Antal artiklar som inkluderats i studien
2017.11.14 PubMed	pelvic examination AND experience	Abstract available, clinical trial	44	3	1	1
2017.11.14 PubMed	women perception AND gynecological examination	Abstract available	26	7	6	3
2017.11.14 PubMed	gynecological examination AND comfort	Abstract available, English	14	4	4	1
2017.11.21 PubMed	pelvic examination AND experience	abstract, free full text, 10 years	74	3	3	1

Tabell 2 - Sökschema för sökningar i databasen CINAHL

Databas Datum	Sökord	Begränsning i sökning	Antal sökträffar i databas	Relevanta abstract	Antal artiklar som lästs i fulltext	Artiklar som inkluderats i studien
2017.11.14  CINAHL Complete	pelvic examination AND experience OR gynecological exam NOT labour	Abstract available, english, all adult, adult 19-44 years	75	9	4	2
2017.11.14  CINAHL Complete	pelvic examination AND discomfort	Abstract available, english, full text, 2013-2018	15	3	1	1

För att bestämma vilka artiklar som skulle användas till studien lästes titlarna på sökresultatet genom. De artiklar vars titel visade relevans för aktuell studie, granskades vidare genom att abstrakten lästes. De artiklar vars abstrakt passande för studiens syfte valdes sedan att läsas i fulltext. Valda artiklar lästes sedan igenom i fulltext för att avgöra om de kunde användas för att genomföra litteraturstudien. Kvalitativa artiklar, vars abstrakt kunde relateras till litteraturstudiens syfte valdes därmed som material för aktuell litteraturstudie. Nio artiklar var av relevans och valdes för kvalitetsgranskning.

### **Kvalitetsgranskning**

Nio artiklar som använts i studien kvalitetsgranskades enligt en kvalitetsgranskningsmall från SBU (Bilaga 2). Enligt mallen kan artikeln bedömas ha hög, medel eller låg kvalitet. Tjugoen

frågor angående syfte, urval, datainsamling, analys och resultat har besvaras med hjälp av flervalsoalternativ (SBU, 2017). Kriterierna för hög kvalitet var: kontexten skulle vara klart beskriven, frågeställningen skulle vara väldefinierad, urvalsprocess och datainsamling samt transkriberingsprocess och analysmetod skulle vara välbeskrivna. Studien skulle även ha dokumenterad metodisk medvetenhet, noggrann dataredovisning, tolkningar skulle vara förankrade i insamlad data, trovärdighet och tillförlitlighet ska diskuteras och implikationer för praktik av relevans ska vara välformulerat (William, Stoltz & Bahtsevani, 2011).

För att bedöma kvalitén utifrån granskningsmallen sattes följande kriterier. För att uppnå kriterierna för hög kvalitet skulle minst 15 JA kryssas i bedömningsmallen. För att uppnå kriterierna för medelhög kvalitet skulle minst 12 JA kryssas i. Under 12 JA ansågs vara studier av låg kvalitet. Samtliga 9 artiklar uppnådde medel eller hög kvalitet och unkluderades därmed i uppsatsen. Bedömningen av varje artikels kvalitet finns med i bilaga 1.

## **Dataanalys**

Enligt Kristensson (2014) är en integrerad analys en metod som omfattar olika steg och används för att sammanställa resultatet i en litteraturstudie.

Under det första steget lästes de valda artiklarna och skillnader eller likheter i resultatet identifierades. Texterna sammanfattades och därefter diskuterades åsikter kring artiklarnas resultat gemensamt, för att minska risken för delade tolkningar samt att all relevant information inkluderas. Gemensamt har det konstaterats vilka delar av artiklarnas resultat var av relevans och svarar på studiens syfte.

I det andra steget filtrerades texten till meningar, gällande kvinnors upplevelser av den gynekologiska undersökningen.

Tredje steget bestod av en sammanställning av meningarna och fyra olika kategorier bestämdes. Kategorierna var rädsla och ångest, skamlig och generande, förödmjukande och kränkande, och stärkande upplevelse. Kategorierna blev utgångspunkterna för resultatet.

## Forskningsetiska avvägningar

Merparten av artiklarna som använts är godkända av myndigheter som granskar forskning ur ett etiskt perspektiv. De artiklar som inte uppgett blivit godkända av etisk kommitté, har fört etiskt relevanta argument och anses därför ta hänsyn till forskningsetiska avvägningar. Därför har även artiklar som inte godkänts av etisk kommitté använts. Litteraturstudien har övervägande inkluderat studier som uppfyllt Helsingforsdeklarationens kriterier.

Helsingforsdeklarationen är en samling etiska principer skapat för att beskriva hur medicinsk forskning, som innefattar människor, ska utföras utifrån ett etiskt tänk (Worlds Medical Association, 2013).

## Resultat

Analysen resulterade i fyra övergripande kategorier: rädsla och ångest, skamlig och generande, förödmjukande och kränkande samt en stärkande upplevelse.

### *Rädsla och Ångest*

Resultatet av studier i Kamerun, Kanada, Nigeria, Schweiz, Israel, Turkiet, Slovenien och Nya Zeeland visar att det är vanligt att kvinnor upplever rädsla och ångest inför eller under den gynekologiska undersökningen (Boyer & Pukall, 2014; Neuhaus, Memeti, Schäffer, Zimmermann & Schäffer, 2016; Amir, Tibi, Groutz, Amit & Azem, 2012; Ulker & Kivrak, 2016; Ahoukeng, 2014; Ouj, Igberase, Eze & Ejikeme, 2011). Rädsla och ångest var relaterade till varandra och kunde härledas till ett antal olika faktorer.

I en studie från Kanada upplevde kvinnor med negativ kroppsuppfattning högre nivå av ångest före och under den gynekologiska undersökningen än de utan negativ kroppsuppfattning (Boyer & Pukall, 2014). Även kvinnor som ansåg sig ha ett dåligt sexliv verkade uppleva hög-



re nivå av ångest inför undersökningen. Kvinnor som lider av smärta under samlag upplevde högre nivåer av ångest under undersökningen p.g.a. rädsla för smärta, än vad kvinnor utan smärta vid samlag gjorde. Ångest inför den gynekologiska undersökningen kunde relateras till en negativ inställning till vaginal penetration samt att kvinnorna tidigare upplevt smärtsamma GU (ibid.). En studie från Kamerun visade att smärta under undersökningen bidrog till ångest. Smärta kunde bero på att kvinnor spänner sig och att spekulumundersökningen var smärtsam, (Ahoukeng, et. al. 2014) och både kvinnorna i studien från Kamerun samt från en studie utförd i Nigeria menade att gynekologen inte var tillräckligt försiktig (Ahoukeng, et. al. 2014; Ouj et. al. 2011).

Att ha en manlig gynekolog var en bidragande faktor till höga ångestnivåer framkom av kvinnor som deltog i studier från Kanada, Schweiz och Isreal (Boyer & Pukall, 2014; Neuhaus et.al. 2016; Amir et. al. 2012). En studie från Turkiet visade att kvinnor som lider av allmän ångest var en betydande faktor till ångest inför den gynekologiska undersökningen (Ulker & Kivrak, 2016).

I studier från Kanada, Kamerun och Slovenien verkade ålder kunna ha betydelse för ångestnivån inför en gynekologisk undersökning. Unga upplevde ofta mer ångest än äldre (Boyer & Pukall, 2014; Ahoukeng, et. al. 2014; Zaić & Prosen, 2015), men det var inte entydigt. För en del av kvinnorna i studier från Schweiz och Turkiet tycktes inte åldern påverka ångestnivån (Neuhaus et. al., 2016; Ulker & Kivrak, 2016). Mer ångest hos yngre berodde, enligt studien från Nigeria, troligen på att reproduktionsfrågor var ett nyare och mer okänt ämnesområde för yngre (Ouj et. al. 2011) och studien från Kanada lyfter fram att äldre ofta hade varit sexuellt aktiva längre och hade troligen varit på flera GU (Boyer & Pukall, 2014).

Vissa kvinnor, i studien från Slovenien, som uppgav att de hade högre utbildning, upplevde lägre nivåer av ångest än vad de som uppgav att de var lågutbildade gjorde (Zaić & Prosen, 2015), medan utbildningsnivån inte verkade påverka ångestupplevelsen för andra enligt studien i Schweiz (Neuhaus et. al. 2016). Enligt kvinnorna i studierna från Nigeria, Slovenien och Kamerun var bristande kunskap om den gynekologiska undersökningen ytterligare en faktor

som ökade ångestnivån (Ouj et. al. 2011; Zaić & Prosen, 2015; Ahoukeng et. al. 2014). Studierna från Slovenien och Kamerun menade att kvinnor från landsbygden, med lägre utbildning, verkade uppleva mer ångest inför den gynekologiska undersökningen än vad mer utbildade kvinnor från städer gjorde (Zaić & Prosen, 2015; Ahoukeng et. al. 2014).

Känsla av kontrollförlust över den egna kroppen (Boyer & Pukall, 2014) samt rädsla för upptäckt av patologiska åkommor orsakade ökade nivåer av ångest och kunde bidra till en otillfredsställande undersökning enligt studier från Kanada och Nya Zeeland (Boyer & Pukall, 2014; Cook, 2011). Kvinnor i studier från Kamerun och Kanada som upplevt en otillfredsställande gynekologisk undersökning var mer benägna att uppleva rädsla och ångest inför kommande GU (Ahoukeng et. al. 2014; Boyer & Pukall, 2014).

### *Skamlig och Generande*

Resultatet av studier från Slovenien, Schweiz, Israel, Kamerun och Nigeria visade att kvinnor upplevde känslor av skam och att den gynekologiska undersökningen var generande, både före, under och efter. Det fanns en stark koppling mellan skamkänslor och uppfattningen att den gynekologiska undersökningen var generande (Zaić & Prosen, 2015; Neuhaus et. al., 2016; Amir et.al. 2012; Ahoukeng et. al. 2014; Ouj et. al. 2011).

Momenten som uppfattades som generande och obehagliga var enligt studierna från Schweiz och Kamerun att gå med bar underkropp till gynekologstolen och att sitta i gynekologstolen (Neuhaus et. al. 2016; Ahoukeng et. al. 2014). Skamkänslor var enligt studier från Slovenien, Schweiz, Israel, Kamerun och Kanada förknippat med att ha en manlig gynekolog. Anledningen att kvinnor föredrog en kvinnlig gynekolog var p.g.a. skam inför att exponera sitt könsorgan för en manlig gynekolog (Zaić & Prosen, 2015; Neuhaus et. al. 2016; Amir et.al. 2012; Ahoukeng et. al. 2014; Boyer & Pukall, 2014) och studien från Nya Zeeland menar att kvinnorna kände sig mer bekväma med en kvinnlig gynekolog (Cook, 2011).

Enligt studierna från Schweiz och Israel verkade kvinnor som uppgav sig tillhöra islamska religionen uppleva starka känslor av skam i samband med den gynekologiska undersökningen (Neuhaus et. al. 2016). Flera av kvinnorna med islamisk religiös tillhörighet vägrade undersökas av en manlig gynekolog (Neuhaus et. al. 2016; Amir et. al. 2012).

Enligt resultatet i studien från Nigeria var kvinnor som var yngre och saknade förkunskap om den gynekologiska undersökningen mer benägna att uppleva känslor av skam i samband med den gynekologiska undersökningen (Ouj et. al. 2011).

### *Förödmjukande och Kränkande*

I studier från Slovenien, Schweiz och Nigeria upplevde kvinnor ofta att de blev förödmjukade eller kränkta under den gynekologiska undersökningen (Zaić & Prosen, 2015; Neuhaus et. al. 2016; Ouj et. al. 2011).

Kvinnorna upplevde känslor av kränkt integritet under den gynekologiska undersökningen och beskrev upplevelsen som otillfredsställande. Anledningen till de negativa känslorna var att kvinnorna saknade en filt eller kjol att vira runt den exponerade underdelen (Ouj et. al. 2011; Neuhaus et. al. 2016).

Både i studier från Nya Zeeland och Slovenien var andra faktorer som fick kvinnor att känna sig kränkta, att gynekologen inte respekterade kvinnans personliga integritet och inte tog hänsyn till kvinnans känslor (Cook, 2011; Zaić & Prosen, 2015). Förödmjukelse kunde relateras till känsla av förlorad kontroll (Zaić & Prosen, 2015) och kunde även relateras till bristande empati hos gynekologen. Gynekologens vetskap om att kvinnan hade en könssjukdom, ändrade dennes bemötande mot kvinnan. Vid besked om könssjukdom under den gynekologiska undersökningen, upplevde kvinnor att de blev kränkta efter att ha mötts av dömande blickar från gynekologen (Cook, 2011). Vissa kvinnor i en studie från Frankrike uppgav att de skulle vägra att bli examinerade om gynekologen visade dålig attityd eller beteende (Freyens, Dejeanne, Fabre, Rouge-Bugat, Oustric, 2017).

## *Stärkande upplevelser*

I studier från Kamerun, Frankrike, Nigeria, Nya Zeeland, Schweiz och Kanada var faktorer som ledde till en stärkande upplevelse av undersökningen; vänlighet, ärlighet, hög kvalitet på vården (Ahoukeng et. al. 2014), information inför examinationen (Freyens et. al. 2017; Ouj et. al. 2011; Ahoukeng et. al. 2014), bekvämlighet, förtroende, konfidentialitet och säkerhet (Freyens et. al. 2017; Ouj et. al. 2011; Cook, 2011). En god relationen till gynekologen samt god kommunikation krävdes för en positiv upplevelse av den gynekologiska undersökningen (Boyer & Pukall, 2014; Freyens et. al. 2017; Cook, 2011; Ahoukeng et. al. 2014). Att ha med en vän eller anhörig under undersökningen kändes tryggt för en del kvinnor och kunde göra upplevelsen av den gynekologiska undersökningen mer positiv (Freyens et. al. 2017; Ouj et. al. 2011; Cook, 2011). Tillgång till förkläde eller kjol, för att täcka den exponerade underkroppen, belystes som en viktig komponent för en god upplevelse (Freyens et. al. 2017; Neuhaus et. al., 2016) samt att studenter blev ombedda att vänta utanför (Cook, 2011).

De flesta kvinnor i studier från Nya Zeeland, Schweiz, Slovenien, Kamerun och Israel föredrog en kvinnlig gynekolog (Cook, 2011; Neuhaus et. al., 2016; Zaić & Prosen, 2015; Ahoukeng et. al. 2014; Amir et. al. 2012) vilket bidrog till en mer positiv upplevelse, både före och under undersökningen. Kvinnlig gynekologer ansågs vara mer empatiska, bättre lyssnare (Zaić & Prosen, 2015; Cook, 2011) och mer varsamma än män under undersökningen (Amir et. al. 2012). Män ansågs däremot inte vara mindre kunniga än kvinnor, utan valdes bort p.g.a. skam inför att visa könsorganet inför en manlig gynekolog (Zaić & Prosen, 2015; Neuhaus et. al. 2016; Amir et.al. 2012; Ahoukeng et. al. 2014) samt av religiösa skäl (Ahoukeng et. al. 2014).

I en studie från Nya Zeeland beskrevs att få stöd av personalen att känna kontroll under den gynekologiska undersökningen av några kvinnor som tidigare varit med om sexuella övergrepp. Då gynekologen fick vetskap om att en kvinna varit med om sexuella övergrepp, ändrades sättet att behandla patienten på. Gynekologen blev extra mån om kvinnan och använde

sig av empowerment, vilket hjälpte patienten känna att hon hade full kontroll över den egna kroppen under hela undersökningen (Cook, 2011).

Flera kvinnor i studierna från Frankrike och Nigeria ansåg att det var viktigt med information om hur undersökningen skulle gå till innan undersökningen gjordes, för att känna sig mer förberedda (Freyens et. al. 2017; Ouj et. al. 2011). Det ansågs även viktigt enligt studien från Nya Zeeland att förbereda kvinnan för eventuella diagnoser som kunde framkomma under undersökningen (Cook, 2011).

## Diskussion

### **Diskussion av vald metod**

Att använda litteraturstudie för att besvara syftet i arbetet hade varit bättre om fler studier som belyser ämnesområdet funnits. Förvånansvärt få nya studier har gjorts som belyser de psykologiska aspekterna av den gynekologiska undersökningen. Bristen på relevanta studier skulle kunna bero på det valda tidsspannet i arbetet. Det fanns gamla artiklar som svarade på studiens syfte, dock gjordes en avvägning om artiklarnas ålder påverkade reliabiliteten eftersom sjukvården genomgår ständig förändring.

Arbetet hade förmodligen varit enklare att utföra med användandet av en kvalitativ intervjustudie. Bättre lämpade frågor hade då kunnat formuleras för att svara på studiens syfte och vilket kunde gett ett mer relevant resultat för aktuellt arbete. Litteraturstudie valdes ändå som den mest lämpade metoden för aktuell uppsats, med tanke på det begränsade tidsspannet som fanns för utförandet av arbetet.

Utformningen av arbetets resultat och reliabiliteten kan ha påverkats av att all information inom ämnesområdet inte kunde samlas. Vid kvalitativa litteraturstudier råder datamättnad när inga nya resultat kan presenteras längre. Valet att använda endast kvalitativa artiklar berodde på att studiens syfte var att belysa upplevelser kring ett fenomen, vilket enklast görs med kva-

litativ utgångspunkt. Att flera av artiklarna visade samma eller skiljande resultat skulle kunna bero på slumpen och om studien involverat fler artiklar kanske resultatet hade sett annorlunda ut. Resultatet hade varit mer trovärdigt om fler artiklar använts till resultatdelen (Kristensson, 2014). Dessutom kan artiklarnas titlar vara missledande vilket kan ha bidragit till att relevanta artiklar har missats och saknas från arbetet.

Användandet av relevanta sökord och avgränsningar i PubMed och CINAHL fungerade bra eftersom relevant information kunde samlas för utförandet av arbetet. Dock finns risken att viktiga sökord som kunde genererat mer relevant information har uteblivit. Uteblivna, relevanta nyckelord kan relateras till låg erfarenhet av datainsamling.

En fördel var dock att två personer arbetade med datainsamlingen samt dataanalysen, vilket minskade risken för feltolkningar, underlättade dataanalysen samt ökade chansen att få med så mycket relevant information som möjligt (Polit & Beck, 2010).

Resultatet kan brista i reliabilitet beroende på forskarfel. Hur läsaren uppfattat informationen som samlats utifrån andra artiklar kan skilja sig från person till person. Vid läsning av andra artiklar finns det nästan alltid utrymme för tolkning beroende på vem som läser texten. Därför kan en helt objektiv bedömning inte göras. Även artiklarnas författare kan ha subjektiva värderingar som påverkar deras resultat och hur de har presenterats (Kristensson, 2014).

Kvalitetsgranskningsmallen var väl anpassad för bedömningen av artiklar som berör upplevelser. Mallen hade ingen gradering för att avgöra kvalitén, utan utgick från en skriftlig beskrivning om hur bedömning skulle ske. Därmed lämnades stort utrymme för egen tolkning av vilken kvalitet artikeln hade (Kristensson, 2014). På grund av bristande kunskap angående hur artiklar bör vara utformade kan kvalitetsgranskningen ha blivit felaktigt gjord.

Användandet av integrerad analys fungerar väl för utförandet av arbetet eftersom huvudkategorier fanns enkelt och utgjorde sedan riktlinjer för resultatets utformning (Kristensson, 2014).

Valet att inkludera studier som undersöker upplevelser hos kvinnor från olika delar av världen (Kanada, Kamerun, Nigeria, Nya Zeeland, Frankrike, Turkiet, Schweiz, Israel och Slovenien) var aktuell för studien med tanke på den stora invandring som sker i Sverige. Invandringen medför att kvinnor från andra kulturer och med andra religionstillhörighet också kommer att behöva genomgå gynekologiska undersökningar i Sverige. Förståelse för hur kvinnor från andra länder utöver Sverige känner inför och upplever gynekologiska undersökningar skulle kunna leda till skapandet av nya riktlinjer för vårdpersonalen angående exempelvis hur patientens ångest kan minskas inför och under undersökningen. Därmed kanske färre kvinnor uteblir från viktiga gynekologiska undersökningar, vilket gör att eventuella patologiska förändringar samt andra åkommor kan upptäckas och behandlas.

Det bör dock uppmärksammas att studien inte representerar kvinnor från hela världen eftersom endast studier från ett fåtal länder har inkluderats i aktuell studie.

### **Diskussion av framtaget resultat**

Resultatet visar att den gynekologiska undersökningen gav upphov till känslor av rädsla, ångest, skam och genans. Ibland uppfattades undersökningen som förödmjukande och kränkande. Det fanns dock tillfällen då olika faktorer bidrog till att undersökningen istället blev en stärkande upplevelse. Trots många likheter fanns det även motstridiga resultat.

Resultatet visade att kvinnor upplevde rädsla och ångest inför eller under den gynekologiska undersökningen på grund av bl. a. negativ kroppsuppfattning, dåligt sexliv, smärta under samlag, negativ inställning till vaginal penetration och tidigare otillfredsställande GU (Boyer & Pukall, 2014) Detta överensstämmer med studien av DeMaria, et. al. (2011). Att kvinnor upplever ökad ångest inför undersökningar relaterat till tidigare negativa upplevelser av GU har även tidigare beskrivits av Carter, et. al. (2013) samt Oscarsson och Benzein (2002).

Att en tidigare otillfredsställande gynekologisk undersökning gav upphov till rädsla och ångest överensstämmer med Travelbees omvårdnadsteori, som menar att tidigare erfarenheter påverkar inställningen till kommande upplevelser av en situation (Travelbee, 1971).

För de kvinnor som upplever smärta under samlag är det viktigt att vårdpersonal bedömer smärtan hos kvinnan under undersökningen och jobbar för att minimera smärtupplevelsen. Om vårdpersonalen inte jobbar för att motverka smärtan kan kvinnan få en negativ uppfattning inför framtida besök, vilket kan leda till att hon uteblir från besöken (Boyer & Pukall, 2014) vilket var samstämmigt med Carter et. al. (2013).

Smärta är en subjektiv upplevelse (Boyer & Pukall, 2014), vilket överensstämmer med Travelbees (1971) uppfattning om smärta. Vårdpersonal bör därför utgå från ett individperspektiv vid bedömning av smärta och ångest hos patienten den har framför sig. För att lindra ångest krävs det att en god relation skapas mellan den som undersöker och patienten (Travelbee, 1971) samt att kvinnorna fick ett förkläde att vira runt sig dels under själva undersökningen men även under förflyttningen mellan omklädningsrummet och gynekologstolen (Freyens et. al. 2017; Neuhaus et. al. 2016). För att möjliggöra att en bra relation kan uppstå är det eftersträvansvärt med god kommunikation, sjuksköterska och patient sinsemellan (Travelbee, 1971).

Kvinnans självbild, sexuella aktivitet och uppfattningen av det egna könsorganet kunde bidra till ökad ångestnivå hos kvinnan inför och under undersökningen (Boyer & Pukall, 2014). vilket även överensstämmer med resultatet i studien av DeMaria, et. al. (2011). Även de kvinnor med negativ inställning till vaginal penetration löpte större risk att få ökad ångest och smärtupplevelse på grund av sin negativa inställning (Boyer & Pukall, 2014). Smärta, att kvinnan spänner sig, smärtsam spekulumundersökning och att vårdpersonal var oförsiktig under undersökningen bidrog till ångest och rädsla (Ahounkeng, et. al. 2014; Ouj et. al. 2011). Fler studier behöver dock göras för att finna sambanden mellan faktorerna samt hur och i vilken mån de påverkar den gynekologiska undersökningen. Endast en av artiklarna belyser negativ inställning till vaginal penetration (Boyer & Pukall, 2014). Vid kommande studier bör aspekten belysas för att få ökad kunskap om huruvida negativ uppfattning om vaginal penetration faktiskt påverkar upplevelsen av den gynekologiska undersökningen.

Vårdpersonal bör erbjuda förkläde för att täcka de exponerade könsorganen samt att bedöma och anpassa undersökningen efter smärtan hos patienten ansågs viktigt för att minska rädsla, smärta och ångest (Boyer & Pukall, 2014; Freyens et. al. 2017; Neuhaus et. al. 2016) och för



att kunna bemöta ångest och rädsla hos patienten är det viktigt att en god relation skapas till patienten och utgår från ett individanpassat perspektiv (Travelbee, 1971).

I överensstämmelse med Oscarsson och Benzein (2002) visade resultatet att kvinnor kunde uppleva ökad ångest då de hade en manlig gynekolog(/annan vårdpersonal) och de flesta kvinnorna föredrog en kvinnlig gynekolog framför en manlig om de fick möjlighet att välja (Boyer & Pukall, 2014; Neuhaus et.al. 2016; Amir et. al. 2012; Zaić & Prosen, 2015; Ahoukeng et. al. 2014; Cook, 2011). För många kvinnor var det däremot viktigare med hög kompetens än vårdarens kön (Zaić & Prosen, 2015; Neuhaus et. al. 2016; Amir et.al. 2012; Ahoukeng et. al. 2014). Trots att aktuell studie inte inkluderade många studier, visade merparten av inkluderade studiers resultat att kvinnliga gynekologer föredrogs över manliga. Anledningen till att resterande artiklar inte har kommit fram till samma resultat skulle kunna bero på att frågan om manlig eller kvinnlig gynekolog inte tas upp i deras studie. Det hade varit användbart att göra en studie som undersökte om kvinnor föredrog manlig eller kvinnlig gynekolog, samt vilka faktorer som bidrar till valet av kön.

Muslimska kvinnor upplevde högre grad av skam under den gynekologiska undersökningen relaterat till att gynekologen var manlig. Vissa av kvinnorna vägrade examineras av en manlig gynekolog (Neuhaus et. al. 2016). Ingen av de andra studierna som inkluderats i aktuell studie tar upp religiösa aspekter. Det finns därmed inte tillräckligt med information för att stötta att påståendet är applicerbart för alla muslimska kvinnor. Det framkom inte heller någon tydlig definition av vad som ansågs vara en muslimsk kvinna, vilket är av relevans med tanke på att religion kan utövas på olika sätt. Fler studier behövs för att undersöka om religion eller trosuppfattning påverkar upplevelsen av den gynekologiska undersökningen.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) är sjukvårdspersonalen skyldig att behandla alla patienter utifrån samma respekt oavsett demografiska skillnader. Det innebär däremot inte att alla patienter ska behandlas likadant. Eftersom alla människor är enskilda individer som kan ha olika uppfattningar inför samma fenomen, är det viktigt att vårdpersonal i gynekologiska sammanhang utgår från en individperspektiv i mötet med patienten för att kunna bedöma och lindra ångest hos patienten (Travelbee, 1971).

Unga upplever mer ångest i samband med den gynekologiska undersökningen än vad äldre gör (Boyer & Pukall, 2014; Ahoukeng, et. al. 2014; Zaić & Prosen, 2015; Ouj et. al. 2011). Däremot bör inte vetskapen om att äldre upplever mindre ångest i samband med den gynekologiska undersökningen påverka hur gynekologen bemöter unga respektive äldre.

Det fanns dock motstridiga resultat om ålder spelade roll för upplevelsen av den gynekologiska undersökningen. Andra artiklar kom fram till att ålder inte spelade någon roll för ångestnivån och rädslan inför och under den gynekologiska undersökningen (Neuhaus et. al. 2016; Ulker & Kivrak, 2016). Skillnaden i resultaten skulle kunna bero på att alla människor är olika och kan ha olika upplevelser av samma fenomen. Enligt Travelbee ligger stort fokus på relationen mellan patienten och vårdgivaren (Travelbee, 1971). Genom en god relation mellan kvinnan och gynekologen/barnmorskan skulle ångest förmodligen kunna minskas, iallafall till viss del. Precis som i Travelbees (1971) omvårdnadsteori var empati, sympati samt ömsesidig förståelse och kontakt faktorer som beskrevs som viktiga delar för en god relation (Boyer & Pukall, 2014; Freyens et. al. 2017; Cook, 2011; Ahoukeng et. al. 2014).

Lägre utbildning och bristande kunskaper om den gynekologiska undersökningen var faktorer som ökade känslor av rädsla och ångest inför och under den gynekologiska undersökningen (Zaić & Prosen, 2015; Ahoukeng et. al. 2014). Det var dock oklart om rädslan och ångesten hade något samband med att vara högutbildad då vissa av kvinnorna upplevde mycket ångest medan andra hade en positiv upplevelse av den gynekologiska undersökningen (Freyens et. al. 2017; Ouj et. al. 2011; Ahoukeng et. al. 2014). Skillnaderna skulle återigen kunna relateras till att alla människor är olika, och det är nödvändigt att utgå från ett individperspektiv (Travelbee, 1971). Däremot skulle det vara möjligt att skillnaderna var signifikanta, men för att bevisa samband mellan utbildning och ångestnivå krävs det att fler studier belyser sambanden däremellan.

## **Slutsats och kliniska implikationer**

Oavsett demografiska skillnader upplever de flesta kvinnorna känslor av ångest, rädsla, skam, förödmjukelse och kränkning. Däremot finns det faktorer som kan minska dessa negativa känslorna.

Eftersom tidigare negativa upplevelser av den gynekologiska undersökningen påverkade inställningen mot framtida undersökningar, är det viktigt för gynekologen och övrig sjukvårdspersonal att jobba för att skapa en positiv upplevelse genom att individualisera och erbjuda på ett bra bemötande och att se till patientens behov. Gynekolog/Vårdpersonal bör utgå från ett individanpassat perspektiv eftersom alla människor är olika och upplevelser är subjektiva. En god relation till patienten samt att bemöta patienten i dess ångest och smärtupplevelse är viktigt för den övergripande uppfattningen av den gynekologiska undersökningen och andra exponerade situationer. Även att erbjuda ett förkläde för att täcka för de exponerade kroppsdelarna minskade ångest inför och under undersökningen.

Kvinnor i de flesta fallen visade stort missnöje inför att undersökas av en manlig gynekolog vilket ofta är relaterat till känslor av skam inför att exponera könsorganen för en man. Däremot ansågs inte män mer okunniga än kvinnor. Fler studier hade behövt för att belysa aspekten om manlig eller kvinnlig gynekolog föredras.

En empirisk studie hade behövts göras för att undersöka vilka faktorer som påverkar kvinnans val av manlig eller kvinnlig gynekolog. Även studier för att vidare undersöka hur skillnader i kultur och religion påverkar upplevelsen av den gynekologiska undersökningen behövs. I samband med den ökande invandringen i Sverige måste den svenska sjukvården anpassas efter patienterna som har olika traditioner, religioner och kultur.

Aktuell studie syftar till att öka förståelsen för hur kvinnor från ett bredare spektrum länder upplever den gynekologiska undersökningen för att därmed kunna erbjuda bästa möjliga omvårdnad. Informationen kan förhoppningsvis bidra till att nya riktlinjer tas fram angående hur sjukvårdspersonal, bland annat sjuksköterska, bör sköta omvårdnaden med den kvinnliga patienten före, under och efter intima undersökningar för att öka chansen att upplevelsen blir positiv. Därmed kanske färre kvinnor uteblir från viktiga gynekologiska undersökningar, vilket kan leda till att eventuella patologiska förändringar, samt andra åkommor kan upptäckas och behandlas i god tid.

Studies resultat kan även vara av stor vikt för övrig sjukvårdspersonal (exempelvis grundutbildade sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, undersköterskor etc.) då liknande intima behandlingar eller undersökningar, kan behöva utföras; exempelvis insättning av urinkateter.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Författarna har under studiens gång båda varit delaktiga och bidragit till den kunskap som presenterats i uppsatsen.

## Referenser

Ahounkeng, N.P., Mboudou, E.T., Dohbit, S.J., Foumane, P., Nana, N.P., Mbu, E.R. (2014). How do Cameroonian women experience their first gynecological examination? How can the procedure be modified to improve this experience?, *Medecine et sante tropicales*, 24(2), 165-8. doi: 10.1684/mst.2014.0317.

Amir, H., Tibi, Y., Groutz, A., Amit, A., Azem, F. (2012). Unpredicted gender preference of obstetricians and gynecologists by Muslim Israeli-Arab women. *Patient Education and Counseling*, 86(2), 259-63. doi: 10.1016/j.pec.2011.05.016.

Anandan, A., Kirby, S., Lykins, A., Graham, C. A. (2014). Predictors of Intentions to Have Pelvic Examinations Among a UK Sample of Young Asian and non-Asian Women. *International Journal of Sexual Health*, 26(4), 258-267.

Borgfeldt, C. (2010). *Obstetrik och gynekologi* (4:1). Lund: Studentlitteratur.

Boyer, S.C., Pukall, C.F. (2014). Pelvic examination experiences in women with and without chronic pain during intercourse. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 3035-50. doi: 10.1111/jsm.

Carter, S., Rad, M., Schwarz, B., Van, S.S., Marshall, D. (2013). Creating a more positive patient experience of pelvic examination. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(11), 611-8. doi: 10.1111/1745-7599.12020.

Cook, C. (2011). 'About as comfortable as a stranger putting their finger up your nose': speculation about the (extra)ordinary in gynaecological examinations. *Culture, health & sexuality*, 13(7), 767-80. doi: 10.1080/13691058.2011.577906.

DeMaria, A.L., Hollub, A.V., Herbenick, D. (2011). Using genital self-image, body image, and sexual behaviors to predict gynecological exambehaviors of college women. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(9), 2484-92. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02379.x.

Dziobek, I., Branecka-Woźniak, D., Berezowska, E., Ćwiek, D., Szymoniak, K., Malinowski, W. (2009). Women's opinions regarding gynaecological examination in a hospital. *Ginekologia polska*, 80(7). 498-502.

Freyens, A., Dejeanne, M., Fabre, E., Rouge-Bugat, M.E., Ousrtic, S. (2017). Young women describe the ideal first pelvic examination: Qualitative research using semistructured interviews. *Canadien family physician medicin de famille canadien*, 63(8), 376-380.

International Federation of Gynecology and Obstetrics, [FIGO] (2017). *FIGO Vision, Mission and Commitments*. Hämtad 15 december 2017 från <https://www.figo.org/figo-vision-mission-and-commitments>

Janson, P. O., Landgren, B.M. (2015). *Gynekologi (2)*. Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso-och vårdvetenskap*. Första upplagan. Natur & Kultur. Stockholm.

Lönnberg, S., Hansen, B.T., Haldorsen, T., Campbell, S., Schee, K., Nygård, M. (2015). Cervical cancer prevented by screening: long-term incidence trends by morphology in Norway. *International journal of cancer*, 137(7), 1758-1764. doi: 10.1002/ijc.29541

Neuhaus, L.R., Memeti, E., Schäffer, M.K., Zimmermann, R., Schäffer, L. (2016). Using a wrap skirt to improve the pelvic examination experience. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(5), 534-40. doi: 10.1111/aogs.12869.

Oscarsson, M., Benzein, E. (2002). Women's experiences of pelvic examination: an interview study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(1), 17-25.

Oscarsson, M.G., Benzein, E., Wijma, B. (2006). The first pelvic examination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(1), 7-12

Ouj, U., Igberase, G.O., Eze, J.N., Ejikeme, B.N. (2011). Perception of intimate pelvic examination by gynaecological clinic attendees in rural Southeast Nigeria. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 284(3), 637-42. doi: 10.1007/s00404-010-1698-4

Polit, DF., Beck, CT. (2010). *Essentials of Nursing Research Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

SBU, 2017. Statens beredning för medicinsk utvärdering (2017). Mall kvalitativ forskningsmetodik. Hämtad 2017-11-24 från [http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_kvalitativ\\_forskningsmetodik.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf)

Schmittziel, J., Selby, J.V., Grumbach, K. Quesenberry, C.P. (1999). Women's provider preferences for basic gynecology care in a large health maintenance organization. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 8(6): 825-833.

Socialstyrelsen (2014). *Om nationella screeningprogram*. Hämtad 8 Mars 2017 från <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram/omnationellascreeningprogram>

Statistiska Centralbyrån (2017). *Folkmängd 2015 - befolkningsförändringar*. Hämtad 15 december 2017 från [https://www.scb.se/sv/\\_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Behallare-for-Press/399296](https://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Behallare-for-Press/399296)

Strander, B. (2012). *Gynekologisk undersökning: Hur går undersökningen till?* Hämtad 7 Mars 2017, från <https://www.fass.se/LIF/medicinebookdocument?userType=2&headlineIllnessType=Könsorgan&headlineType=96&documentId=223172cf-c742-464b-ba48-297e8324aacb#document-top>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. FA Davis. Co. Philadelphia.

Ulker, K., Kivrak, Y. (2016). The Effect of Information About Gynecological Examination on the Anxiety Level of Women Applying to Gynecology Clinics: A Prospective, Randomized, Controlled Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(6), 23864. doi: 10.5812/ircmj.23864.

Wijma, B., Gullberg, M., Kjessler, B. (1998). Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 77(4), 422-428.

Willman, A., Stoltz, P., Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (upplaga 2). Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association. (2013). *World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2018-01-15 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zaić, D., Prosen, M. (2015). Importance of demographic characteristics and nurses' role in women's perceptions and experiences of gynaecological examination. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 49(2), 90-105.



## Bilaga 1

### Översiktlig artikelpresentation

Författare, Publiceringsda- tum	Syfte	Metod/ Forskningsdesi- gn	Huvudsakligt resultat/slutsats	Styrkor/ Svagheter Vetenskaplig kvalitet
Ahounkeng Nanda, Mboudou E.T., Dohbit Sama J, Foumane P, Nana Njotang P, Mbu Enow R. Datum: april 2014	Beskriva den generella känslan av den första gynekologiska undersökninge n hos kamerunska kvinnor och identifiera faktorer som hör samman med negativa känslor vid undersökninge n	Tvärsnittsstudi e, 174 kvinnor svarade på en enkät med frågor angående den första gynekologiska undersökninge n	Den första gynekologiska undersökninge n uppfattades som jobbig av de kamerunska kvinnorna. Tidigare upplevelser påverkade inställningen de fick till kommande gynekologiska undersökningar .	Medelhög kvalitet. Forskningset iskt resonemang framkom inte tydligt. (14 JA)

<p>Ouj, U., Igberase, G.O., Eze, J.N., Ejikeme, B.N. Datum: 5 oktober 2010</p>	<p>Att belysa kvinnors uppfattning om speculum undersökninga r.</p>	<p>Studien var en prospektiv, beskrivande studie. Enkäter fylldes i av 486 kvinnor, under loppet av 3 år.</p>	<p>Genomförandet av gynekologiska undersökningin gar bör vara noggrant planerade. Patientens måste ge sitt samtycke och undersökninge n genomförs med hänsyn till patientens känslor. Det är viktigt att vårdaren skapar förtroende hos patienten.</p>	<p>Medelhög kvalitet. (13 JA)</p>
<p>Cook, C. Datum: 9 juni 2011</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka anledningarna till varför kvinnor är motvilliga till att genomgå gynekologiska undersökningar.</p>	<p>Studien är kvalitativ och baserad på intervjuer via email. 26 kvinnor och 12 gynekologer inkluderades.</p>	<p>Resultaten visar att kvinnors compliance till screening påverkas av klinikernas uppmärksamhe t på maktrelationer, rapportuppbyg gnad, uppmärksamhe t mot kroppslig obekvämlighet, teknisk skicklighet och kön.</p>	<p>Hög kvalitet. (17 JA)</p>

<p>Freyens, A., Dejeanne, M., Fabre, E., Rouge-Bugat, M.E., Oustric, S. Datum: 2017</p>	<p>För att utforska upplevelsen av den första gynekologiska undersökningen bland ungdomar som ännu inte gjort undersökningen samt att identifiera kriterier för en positiv erfarenhet av den gynekologiska undersökningen</p>	<p>16 kvinnor rekryterades genom snöbollsurval och undersökningen gjordes tillsammans med datamättnad uppnåddes. Öppna frågor ställdes under intervjun. Studien är en tvärsnittsanalys.</p>	<p>Ett tillfälle för information före den gynekologiska undersökningen minskar patientens ångest, förbättrar kunskapsnivån och ger en mer positiv inställning inför den kommande gynekologiska undersökningen, både för patienten och för gynekologen.</p>	<p>Hög kvalitet. (19 JA)</p>
<p>Ulker, K., Kivrak, Y. Datum: 6 feb 2016</p>	<p>För att analysera effekten av specifik information om den gynekologiska undersökningen och hur det påverkar ångestnivåer hos kvinnorna under undersökningen</p>	<p>Randomiserad, prospektiv studie. 75 kvinnor intervjuades för studien.</p>	<p>Kortfattad skriftlig information om den gynekologiska undersökningen och klinikens arbetssätt sänkte inte ångest hos kvinnor som genomgår en gynekologisk undersökning</p>	<p>Hög kvalitet. 16 JA</p>

<p>Neuhaus, L.R., Memeti, E., Schäffer, M.K., Zimmermann, R., Schäffer, L. Datum: Maj 2016</p>	<p>Syftet med studien var dels att analysera kvinnors erfarenhet av att vara nakna när de rör sig mellan omklädningsrum och provstol, samt under själva vaginala undersökningen. Syftet var även att bedöma om en kjol lindrar obehaget och känslan av att vara utsatt under undersökningen</p>	<p>1000 kvinnor erbjöds en kjol under undersökning och bads sedan slutföra ett frågeformulär efter proceduren. 425 kvinnor slutförde studien.</p>	<p>Den gynekologiska undersökningen, som görs på kvinnor som är nakna från midjan ner, orsakar onödiga obehagskänslor. En enkel skyddsåtgärd, som en kjol, lindrar obehaget markant och minskar känslan av sårbarhet i samband med undersökningen</p>	<p>Hög kvalitet (17 JA)</p>
<p>Amir, H., Tibi, Y., Groutz, A., Amit, A., Azem, F. Datum: 16 jun 2011</p>	<p>Att undersöka vilken kön muslimska, israeliska och arabiska kvinnor föredrar att gynekologen har och identifiera varför de föredrar manlig eller kvinnlig gynekolog.</p>	<p>167 kvinnor fick svara anonymt på frågeformulär</p>	<p>Trots att muslimska arabisk-israeliska kvinnor uttrycker könsfördelning om deras preferenser för gynekologer / obstetriker anses vårdgivarens personliga och professionella färdigheter vara viktigare.</p>	<p>Medelhög kvalitet (14 JA)</p>

<p>Zaić, D., Prosen, M. Datum: 2015</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka kvinnors uppfattningar om gynekologiska undersökningar, betydelsen av vissa demografiska egenskaper och sjuksköterskans roll</p>	<p>Studien är av kvalitativ design. Ett webbformulär besvarades av 476 icke-slumpmässigt, bekvämt urval av kvinnor. Studien var en icke-experimentell observationsstudie.</p>	<p>Förutom de demografiska egenskaperna, ett antal personliga och samhälleliga faktorer, påverkas kvinnors attityder om gynekologisk undersökning av obehag och rädsla.</p>	<p>Hög kvalitet (17 JA)</p>
---	--	---	---	---------------------------------

<p>Boyer, S.C., Pukall, C.F. Datum: 2014 september 22</p>	<p>Att jämföra erfarenheter av den gynekologiska undersökningen hos kvinnor med och utan smärta under samlag samt att undersöka anledningar till negativa erfarenheter i varje grupp.</p>	<p>Kvinnor med vaginal smärta under samlag (n = 90), bäckensmärta (n = 89) och kvinnor utan nuvarande samlagssmärta (n = 207) genomförde en online-undersökning inklusive avsnitt som utvärderar demografi, gynekologisk och medicinsk historia och GU-erfarenheter. Respondenterna kompletterade frågeformulär som bedömde vaginal penetrationskognitioner och kroppsbild.</p>	<p>Resultaten ger empiriskt stöd för att GU är mer fysiskt och känslomässigt svårt för kvinnor som upplever kronisk smärta under samlag. Dessa fynd har viktiga kliniska konsekvenser, eftersom GU är en kritisk del av fullständig reproduktiv vård och spelar en viktig roll vid bedömning / hantering av sexuell smärta, inklusive genito-pelvis smärta / penetrationsstörning.</p>	<p>Hög kvalitet. (18 JA)</p>
---	---	---	--	----------------------------------

## Bilaga 2 (2)

Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ ... - SBU