



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **BÄCKENBOTTENDYSFUNKTION**

Kvinnors upplevelser i samband med vård

**Emelie Hansson Gusdal & Rebecca Garnet-Lawson**

---

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/OM 5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2019
Handledare:	Susann Strang
Examinator:	Patricia Olaya- Contreras

## **Förord**

Inledningsvis vill vi rikta ett stort tack till vår handledare Susann Strang för engagemang, inspiration och stöttning genom arbetets gång. Vi vill även tacka varandra för ett fint samarbete samt våra familjers ovärderliga stöd.

Titel (svensk)	Bäckenbottendysfunktion: Kvinnors upplevelser i samband med vård
Titel (engelsk)	Pelvic floor dysfunction: Women's experiences in conjunction with care
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/OM 5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2019
Författare	Rebecca Garnet-Lawson & Emelie Hansson Gusdal
Handledare:	Susann Strang
Examinator:	Patricia Olaya-Contreras

---

## Sammanfattning

**Bakgrund** Bäckenbottendysfunktion är ett paraplybegrepp som innefattar flera olika nedsatta funktioner såsom blåsdysfunktion, tarmtömningssvårigheter, anal inkontinens samt även sexuell dysfunktion och bäckenbottenprolaps. Omkring 46 % av vuxna kvinnor drabbas av någon bäckenbottendysfunktion under livet och behovet av sjukvård kommer öka med en växande befolkning och en större grupp äldre. För att förbättra den fysiska, psykiska hälsan för dessa kvinnor samt göra vården personcentrerad efter enskild kvinnas behov är det av vikt att sjuksköterskan har insikt i hur kvinnor upplever vård vid bäckenbottendysfunktion. **Syftet** med den här allmänna litteraturöversikten är att belysa vårdsökande kvinnor med bäckenbottendysfunktion upplevelser i samband med vård för att genom personcentrerad uppnå bättre hälsa. **Metod** Detta examensarbete är en litteraturöversikt som ämnar skapa en beskrivande översikt över nuvarande kunskapsläge. **Resultat** Kvinnors upplevelser av vård påverkades av kommunikation, kunskap, bemötande, delaktighet samt socioekonomiska faktorer **Slutsats** Då personcentrerad utblir i vården av kvinnor med bäckenbottendysfunktion ses negativa konsekvenser för den enskilda kvinnan som förvärrade tillstånd, upplevelse av stigma och tabu förstärks, en fortsatt normalisering av besvären, vilket ger försämrad livskvalitet då bäckenbottendysfunktion är ett komplext tillstånd som ses ha inverkan på kvinnors fysiska, mentala och sexuella hälsa. Fokus för framtida vård av bäckenbottendysfunktion bör vara att genom personcentrerad och holistisk vård stödja och stärka kvinnor att genom empowerment uppnå bästa hälsa.

**Nyckelord** Bäckenbottendysfunktion, Bäckenbottenprolaps, Kvinnors upplevelser

## **Abstract**

**Background** Pelvic Floor Dysfunction is an umbrella term for debilitating conditions such as bladder dysfunction; difficulty evacuating stool; anal incontinence; sexual dysfunction and pelvic organ prolapse. It is estimated that approximately 46% of adult women will suffer some degree of pelvic floor dysfunction during their lifetime, with this comes increased demand on healthcare due to a growing population and an increasingly elderly community. In order to improve the mental and physical health, as well as creating person centered care tending to the unique needs of the women suffering from pelvic floor dysfunction, it is tantamount that the nurse has insight into the perception of care the women with pelvic floor dysfunction hold. **Purpose** This literature review seeks to highlight care seeking women with pelvic floor dysfunction and their experience of care in order to achieve better health through person centered care. **Method** This dissertation is a literature review with the purpose of creating a descriptive overview of current level of knowledge. **Results** Communication, Knowledge, Reception, Participation as well as socio economic factors impacted on women's experiences of care in conjunction with pelvic floor disorder **Conclusion** When care of women with pelvic floor dysfunction fails to be person centered the women suffer negative consequences at an individual level contributing to deteriorating conditions, amplified experience of stigma and taboo, normalization of the condition all of which impacts negatively on women's quality of life as pelvic floor dysfunction is complex in nature and can affect women's physical, mental and sexual health. The future focus of nurses should be to support, strengthen and empower women with pelvic floor dysfunction through person centered care in order for improved health to be achieved.

**Keywords** Pelvic floor dysfunction, Pelvic organ prolapse, Women's experience

# Innehållsförteckning

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>4</b>
SYFTET .....	4
<b>METOD</b> .....	<b>4</b>
STUDIEDESIGN .....	4
INFORMATIONSSÖKNING .....	4
URVAL .....	5
ANALYS .....	5
ETISKA FÖRFARANDEN .....	6
<b>RESULTAT</b> .....	<b>6</b>
KOMMUNIKATION .....	6
<i>Kommunikationssvårigheter i samband med vård</i> .....	6
<i>Språkets betydelse i dialogen</i> .....	7
<i>Dolt tillstånd: svårigheter att verbalisera något som inte syns utanpå kroppen</i> .....	7
<i>Optimal kommunikation</i> .....	7
<i>Kommunikationssvårigheter vid tolkanvändning</i> .....	8
KUNSKAP .....	8
<i>Upplevelse av vårdpersonalens auktoritära kunskap</i> .....	8
<i>Kvinnors kunskapsbrist och upplevt stigma</i> .....	8
<i>Ökad kunskap och information leder till minskad skam och tabu</i> .....	9
<i>Avsaknad av informationskällor, olika behov av information</i> .....	9
<i>Kvinnors upplevelser av rädsla kopplat till tillståndet, vård och behandling</i> .....	10
BEMÖTANDE .....	10
<i>Ignorerad eller avfärdad</i> .....	10
<i>Upplevelser av stöd från sjuksköterskor</i> .....	11
DELAKTIGHET .....	11
<i>Sedd, hörd och bekräftad</i> .....	11
<i>Bristande delaktighet gällande vård och behandling</i> .....	11
SOCIOEKONOMISKA OCH KULTURELLA FAKTORER .....	11
<i>Upplevda skillnader av vård beroende av kulturella och socioekonomiska faktorer</i> .....	11
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>12</b>
METODDISKUSSION .....	12
RESULTATDISKUSSION .....	14
<i>Kommunikation</i> .....	14
<i>Kunskap</i> .....	15
<i>Bemötande</i> .....	16
<i>Jämlik vård</i> .....	16
<i>Genus</i> .....	17
<i>Barriärer till Empowerment</i> .....	17
<i>Empowerment genom personcentrerad vård</i> .....	17
<i>Kvinnors upplevelse av sjuksköterskans roll</i> .....	18
<i>Personcentrerad vård</i> .....	18
<i>Kliniska implikationer</i> .....	20
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>20</b>
<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>22</b>
<b>BILAGOR</b> .....	<b>27</b>



# Inledning

Vi har valt att skriva om kvinnors upplevelser i samband av vård vid bäckenbottendysfunktion då ämnet bäckenbottendysfunktion är ett relativt nytt övergripande begrepp för olika sammanhängande symtom som tidigare behandlats var och en för sig. Dessa besvär och symtom har nu börjat få mer uppmärksamhet i media, däribland bloggen Baking babies. Det är ett relevant ämne då många kvinnor lever med dessa besvär. Vi skulle vilja belysa kvinnors upplevelser i samband med vård för dessa besvär, då vi hoppas att detta kan leda till ökad kunskap hos sjuksköterskor som möter dessa kvinnor. Med ökad kunskap samt insikt om kvinnornas perspektiv kan vi som sjuksköterskor förbättra vården genom personcentrerad omvårdnad och då även förbättra dessa kvinnors vårdssituation och hälsa.

## Bakgrund

### Definition av bäckenbottendysfunktion

Bäckenbottendysfunktion är ett paraplybegrepp som innefattar flera olika nedsatta funktioner såsom blåsdysfunktion, tarmtömningssvårigheter, anal inkontinens samt även sexuell dysfunktion och bäckenbottenprolaps, som kan ses vara en större bäckenbottendysfunktion. Symtom på bäckenbottendysfunktion uppstår ofta i kombination och inte som enskilda isolerade symtom, skada och försvagning av bäckenbottens strukturer medför därför ofta en mångfald av symtom (Davis & Kumar, 2003).

Tidigare har vården traditionellt varit inriktad på ett biomedicinskt och uppdelat förhållningssätt där symtomgivande funktionsnedsättningar behandlats var och en för sig, vilket fört med sig att urininkontinens setts som ett enskilt isolerat symtom samt enskild diagnos. Enligt Davis och Kumar (2003) har det visat sig att kvinnor som sökt vård för urininkontinens utöver denna diagnos också har övriga symtom men att de inte uppger detta vid vårdkontakt, utan först i anonymt frågeformulär uppgav en grupp kvinnor med urininkontinens även att de led av analinkontinens. Det är därför viktigt att se sambanden mellan dessa enskilda diagnoser och adekvat att använda paraplybegreppet bäckenbottendysfunktion då symtomen ofta är relaterade till varandra.

### Prevalens, inverkan på kvinnors liv samt samhällsekonomisk påverkan

Bäckenbottendysfunktioner är ett globalt folkhälsoproblem som drabbar till största delen kvinnor och har en negativ inverkan på dessa kvinnors hälsa och livskvalitet. Omkring 46 % av vuxna kvinnor drabbas av någon bäckenbottendysfunktion under livet, många har dessutom flera olika bäckenbottendysfunktioner samtidigt. Behandling av enbart urininkontinens står för 2 % av den årliga hälso-och sjukvårdsbudgeten i Sverige och omkring 20 % av kvinnor beräknas genomgå operation för prolaps eller urininkontinens innan 85 års ålder (Milsom & Gyhagen, 2019). Kvinnors livssituation påverkas negativt både ekonomiskt och psykosocialt (Davis & Kumar, 2003), risken att drabbas av depression ökar (Mazloomdoost, Crisp, Kleeman & Pauls, 2018) samt leder tillståndet till fysiska begränsningar (Tinetti, Weir, Tangyotkajohn, Jacques, Thompson, Briffa, 2017).

Behovet av sjukvård för bäckenbottendysfunktioner kommer öka med en växande befolkning och en större grupp äldre (Milsom & Gyhagen, 2019). Primärvården är den första vårdinrättning som kvinnor med bäckenbottendysfunktion kan komma att vända sig till där sjuksköterskan har en central roll i det första mötet (Mazloomdoost, Westermann, Crisp, Oakley, Kleeman & Pauls, 2017).

## Tidigare forskning

Flera systematiska översiktsartiklar visar på att kvinnors kunskap om bäckenbottendysfunktion är begränsad (Fante, Silva, Mateus-Vasconcelos, Ferreira & Brito, 2019; Davis & Kumar, 2003; Mendes, Hoga, Goncalves, Silva & Pereira, 2017). Kunskap kring prevalens, behandlingsalternativ och riskfaktorer är olika områden där kunskapsbrist råder hos kvinnor (Fante et al., 2019). Vidare visar forskning att bäckenbottendysfunktion ofta anses skamligt och tabubelagt samt att tillstånden felaktigt normaliseras i förhållande till åldrande och förlossning av kvinnor (Hartigan & Smith, 2018).

Många studier som utförts bygger på enskilda medicinska åtgärder och behandlingsmetoder (Montenegro, Slongo, Juliato, Minassian, Tavakkoli & Brito, 2019). Det saknas forskning som specifikt undersöker kvinnors upplevelser av bäckenbottendysfunktion, kvinnors upplevelser i samband med vård för tillståndet, forskning saknas också ur ett sammanlänkat perspektiv där skillnad ses från tidigare fragmenterade synsätt där symtom och diagnoser relaterade till bäckenbottendysfunktion behandlas som separata företeelser (Davis & Kumar, 2003). Tidigare studier bygger även till stor del på forskning inom området urininkontinens (Mendes et al., 2017) samt ligger den äldre kvinnan ofta i fokus vilket Nazarko (2015) lyfter och yrkar på vikten av personcentrerad vård till speciellt äldre kvinnor med urininkontinens.

## Personcentrerad vård

Carl Rogers sägs vara skaparen av begreppet personcentrering och använde sig utav detta inom psykoterapi under 1960-talet (Rogers, 1961). Här blir patienten eller personen experter på sig själv och sina behov, vilket bidrar till att ge personen större självinsikt (Kitwood, 1997). Begreppet personcentrerad vård fick initialt genomslag inom demensvården då Tom Kitwood (1997) började sprida begreppet i England under nittio-talet. Han menade att det är viktigt att se människan/ personen bakom demenssjukdomen och att inte fokusera på demenssjukdom ur ett traditionellt biomedicinskt perspektiv, där den demenssjuke reduceras till sin sjukdom och personen bakom försvinner.

Begreppet personcentrerad omvårdnad går ut på att respektera individen, bekräfta dennes personlighet och livsvärld, identifiera personens styrkor och stärka personens resurser. Omvårdnad ska ske i enlighet med professionell etik samt skapa förutsättningar för personen att kunna fatta egna beslut gällande sin hälsa. Det är att sätta personen i fokus samt inkludera individen i planering och beslut rörande sin vård. Personcentrerad vård ger positiva effekter på hälsa för patienter (Edvardsson, 2012).

Svensk sjuksköterskeförening (2016b) lyfter vikten av att stärka individer med vårdbehov samt deras upplevelse av att vara den personen de önskar vara, inte göra vården enbart inriktad på sjukdom då detta för med sig att personen blir reducerad till en diagnos eller ett organ. Att som sjuksköterska ge personcentrerad omvårdnad möjliggör för patienten att kunna fatta välinformerade beslut i samband med sin hälsa. Sjuksköterskor måste också i mötet med patienter hysa respekt inför individens upplevelse och erfarenhet av att lida av 'sin' sjukdom



och eventuell ohälsa samt ge utrymme för personens tolkning av sitt tillstånd. Patientens personliga perspektiv ska ges samma vikt som professionella inom hälso- och sjukvård (Svensk sjuksköterskeförening, 2016b). Morgan och Yoder (2012) beskriver i sin översiktsartikel hur begreppet personcentrerad kan innehålla följande attribut; den är holistisk, individualiserad, ges med respekt för individen samt att den medför 'empowering' av patienter.

## Empowerment

Enligt Nationalencyklopedin (2019) kommer ordet empowerment ifrån engelskan samt härstammar från ordet 'power' vilket kan översättas till förmåga, kraft och makt på svenska. Uttrycket empowerment används för att beskriva hur individen besitter information om faktorer som berör deras hälsotillstånd samt auktoritet, förmåga och handlingskraft att fatta beslut som påverkar den egna hälsan. Med empowerment stärks individens möjlighet att själv vara delaktig och beslutsfattande rörande vård och behandlingsalternativ, empowerment ger att patienten upplever sig självständig och kapabel att aktivt delta i sin egen vård (Berg & Sarvimäki, 2003; Morgan & Yoder, 2003).

## Hälsa

WHO definierade 1948 begreppet hälsa, enligt denna definition är hälsa "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning" (WHO, 1948).

Historiskt har det naturvetenskapliga perspektivet och den biomedicinska synen på hälsa varit rådande, med denna syn ses frånvaro av sjukdom vara det som ger hälsa. Det biomedicinska perspektivet ser hälsa som något som enbart berör kroppsliga funktioner och där sjukdom kan ges en diagnos och därefter botas, kropp och själ är skilda företeelser (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014). Denna syn frångås mer och mer i dagens vård, som sjuksköterskor som profession med grund i omvårdnad har antagit den mer humanistiska synen (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Vilket ger att hälsa ses som ett bredare filosofiskt begrepp och inte enbart i medicinsk bemärkelse (Svensk sjuksköterskeförening, 2016a). Detta humanistiska synsätt ger vidare ett mer holistiskt perspektiv på hälsa, där hela människan är av betydelse och fokus läggs på individen i sin helhet med kropp, ande och själ samt hens värderingar och upplevelser och interaktioner med omvärlden (Svensk sjuksköterskeförening, 2008) WHO's definition innebär också att hälsa är en resurs för individen och inte enbart det slutgiltiga målet med livet. Med det holistiska perspektivet framhålls att människan har kunskapen och förmågan att bestämma vad hälsa innebär för just hen.

Hälsa är ett betydande begrepp för omvårdnad, enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016a) är just målen för omvårdnad "att främja hälsa och välbefinnande, förebygga ohälsa samt lindra lidande". Ett viktigt antagande gällande omvårdnad är att människan anses vara fri att ta ansvar och göra val gällande sin egen hälsa, ett partnerskap med patienten bygger en bro av ömsesidig respekt mellan den professionella kunskapen och patientens egen kunskap om hur det är att leva med sin ohälsa och sjukdom. Här betonas vidare att varje människa är unik och ska bemötas personcentrerat (Svensk sjuksköterskeförening, 2016a).

Patientlagen kap 3 1-2 § är den lag som har stor vikt för personcentrerad vård. Lagen ska främja att patienter blir personer som aktivt kan medverka i beslut rörande sin egen hälsa och sjukvård. Patienter blir då ej endast passiva mottagare av vård, samt ses ej längre endast som en diagnos eller sjukdomsbesvär. Enligt lagen har patienter rätt till information angående

hälsotillstånd, metoder för undersökning och vård samt även eventuella metoder för att verka i förebyggande syfte så att sjukdom och skada kan undvikas. Patienter ska få information om vilka tillgängliga behandlingsalternativ som finns.

Utöver detta beskrivs rätt till fast vårdkontakt och individuell planering. Vikt i denna lag läggs på patienters rätt till information, patienters rätt till delaktighet samt vikten av samtycke. Patienter har rätt till delaktighet gällande sin hälsa och sjukvård, patienten ska göras delaktig i sin behandling kap 5 1§., vården ska individanpassas och utformas i överenskommelse med patienten så att patientens egna önskemål och individuella situation tas i beaktande samt baseras på just denna patients förutsättningar och hälsotillstånd (Vårdförbundet, 2019). Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) kap 3 1§ säger tydligt att hälso- och sjukvård ska ges med respekt för allas lika värde samt respekt för den enskilda personens värdighet. Enligt kap 3 2§ skall också hälso- och sjukvården arbeta aktivt för att förhindra ohälsa.

## **Problemformulering**

Ett stort antal kvinnor som sjuksköterskor möter kommer vara drabbade av bäckenbottendysfunktioner. Många kvinnor lider utav bäckenbottendysfunktion och ofta med en kombination av besvär som påverkar deras fysiska och mentala hälsa negativt. Ytterligare aspekt är att många kvinnor ofta dröjer med att söka vård. För att förbättra den fysiska, psykiska hälsan för dessa kvinnor samt göra vården personcentrerad efter enskild kvinnas unika behov är det av vikt att sjuksköterskan har insikt i hur kvinnor upplever vård vid bäckenbottendysfunktion.

## **Syftet**

Syftet med litteraturöversikten är att belysa kvinnors upplevelser i samband med vård vid bäckenbottendysfunktion för att genom personcentrerad vård uppnå bättre hälsa.

## **Metod**

### **Studiedesign**

Detta examensarbete är en allmän litteraturöversikt som ämnar skapa en beskrivande översikt över nuvarande kunskapsläge gällande kvinnors upplevelser i samband med vård vid bäckenbottendysfunktion. Genom kvinnors upplevelser kan utökad kunskap leda till ett mer personcentrerat omvårdnadsarbete i praktiken. Kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga originalartiklar inkluderades för grund till analys (Friberg, 2017b).

### **Informationssökning**

För att strukturera informationssökningen och identifiera relevanta sökord formulerades frågeställningar med hjälp av SBU:s SPICE-mall (SBU, 2017).

S- Sammanhang-Var?	Sjukvård
P- Perspektiv- För vem?	Kvinnor med bäckenbottendysfunktion
I- Intervention- Vad?	Kvinnors upplevelse av vård
C- Jämförelse- Något annat?	Icke applicerbart
E- Utvärdering- Vilket resultat?	Genom kvinnors upplevelse av vård få kunskap hur vården kan bli mer personcentrerad och uppnå bättre hälsa för kvinnor med bäckenbottendysfunktion.

Söktekniker som användes under informationssökningen var boolesk sökteknik där AND och OR applicerades, trunkering för att fånga in olika böjelser av ord samt citationstecken för att hålla ihop sökord. Sökorden som användes i olika kombinationer var: "pelvic floor dysfunction", "Pelvic floor disorder", "Pelvic organ prolapse", Prolapse, "Women's experience", "Care seeking", "Seeking care", perception, perspective, women, experience och "person centered care". Variationen av sökord växte fram under sökningens gång, dels användes svensk MeSH (Östlundh, 2017) även relevanta nyckelord identifierades i de olika databaserna och ansågs adekvata i förhållande till syftet. Vidare identifierades relevanta sökord i de översiktsartiklar som användes i bakgrunden samt i relevanta artiklar som granskades till resultat. Databaser som ansågs relevanta till syftet och användes för att söka fram valda artiklar var PubMed, CINAHL och Scopus och inkluderades för deras relevans till omvårdnad (Östlund, 2017). Sökningarna utfördes av båda författarna mellan 9 oktober och 30 oktober 2019 och dokumenterades i en gemensam tabell som presenteras i bilaga 1.

## Urval

Inklusionskriterier var artiklar som i huvudsak undersökte kvinnors upplevelser av vård i kombination med bäckenbottendysfunktioner. Övriga inklusionskriterier var vetenskapliga originalartiklar, granskade av likvärdig forskare (peer reviewed), och texter på engelska. Artiklar som exkluderades var artiklar som övervägande fokuserade på operativ åtgärd, fysioterapi, snävt samband med graviditet eller förlossningsskador samt jämförelse av olika behandlingar vilket inte ansågs relevant till syftet med denna studie (Friberg, 2017a).

## Analys

Tretton originalartiklar inkluderades, tre kvantitativa, två med mixad metod och åtta kvalitativa. Kvalitetsgranskning av artiklar skedde med Friberg (2017) granskningsmallar för kvalitativa samt kvantitativa artiklar, artiklar med mixad metod granskades med båda mallarna, och utfördes individuellt av båda författarna för att sedan jämföras tillsammans. Innan artiklarnas resultat analyserades diskuterade författarna sin förståelse gällande egna erfarenheter. Dessa diskussioner pågick under hela arbetet (Henricson, 2012). Artiklarna analyserades grundligt av båda författarna och utfördes i följande steg; valda originalartiklar lästes noggrant igenom upprepade gånger så att deras innehåll och sammanhang kunde förstås

till bästa förmåga (Friberg, 2017a). Artiklarna dokumenterades vidare i en översiktstabell (se bilaga 2) med artiklarnas syfte, metod samt resultat. Deras kvalitet bedömdes och dokumenterades även i denna översiktstabell. Vidare steg i analys utgjordes av jämförelser av artiklarna, där likheter gällande artiklarnas syfte och resultat teman skrevs ned i ett enskilt dokument som grund för vidare diskussion mellan författarna till denna litteraturstudie för att lyfta genomgående teman. De övergripande teman som identifierades av författarna sammanställdes i ett vidare steg för att ge upphov till grund för presentation av resultat i denna studie (Friberg, 2017b).

## Etiska förfaranden

Samtliga vetenskapliga originalartiklar som inkluderades hade etiskt godkända från etiska kommittéer samt hade diskuterat sina etiska förfaranden överväganden väl i sin metod, vilket enligt Wallengren och Henricson (2012) är viktigt för en hög vetenskaplig kvalitet samt var ett kriterium för inkludering i detta examensarbete. Vidare togs forskningsetiska principer i beaktande vid inkludering samt granskning av studier. Vilket innefattar att säkerställa att samtliga medverkande inte har utnyttjats eller kommit till skada, behandlats lika efter människovärdesprincipen med hänsyn till att alla människor ska behandlas lika oavsett olikheter. Medverkandes integritet ska skyddas i enlighet med sekretess samt redovisning av informerat samtycke från enskilda medverkande för att säkerställa medverkandes självbestämmande och självstyre. Forskning ska även utgå från samt generera resultat av etisk värde för människan och samhället i stort (Kjellström, 2012).

## Resultat

Analysen av insamlat material resulterade i fem huvudteman som visade att kvinnor upplevelser av vård påverkades av kommunikation, kunskap, bemötande, delaktighet samt socioekonomiska faktorer. Resultatet presenteras med tillhörande underteman som kategoriseras under enskilt huvudtema.

## Kommunikation

### **Kommunikationssvårigheter i samband med vård**

En majoritet av de granskade studierna visade att kvinnor upplevde svårigheter att kommunicera om sina symtom och upplevelser av bäckenbottendysfunktion (Dunivan et al., 2014; Wagg, Kendall & Bunn, 2017; Pakbaz, Persson, Löfgren & Mogren, 2010; Low & Tumbarello, 2012; Abhyankar et al., 2019; Bascur-Castillo, Aranedo-Gatica, Castro-Arias, Carrasco-Portiño, Ruiz-Cantero, 2019; Alas et al., 2016).

Orsaker till att kvinnor upplevde kommunikationssvårigheter var att ämnet ansågs tabubelagt och känslor av skam och skuld beskrevs av kvinnorna (Ghetti, Skoczylas, Oliphant, Nikolajski & Lowder, 2015; Low & Tumbarello, 2012; Dunivan et al., 2014). Kvinnornas kunskapsbrist var också en orsak till hinder i dialogen med hälso-och sjukvårdspersonal vilket leder till att kvinnor upplevde ämnet pinsamt och svårt att prata om (Pakbaz et al., 2010; Low & Tumbarello, 2012; Bascur-Castillo et al., 2019; Dunivan et al., 2014). Pakbaz et al. (2010) visar att kvinnor har svårt att sätta ord på vad de upplever vilket försvårar kommunikationen och gjorde kvinnor osäkra under samtalet.

Ghetti et al. (2015) studie beskriver att depression, ångest och hopplöshet är starka känslor som kvinnor med bäckenbottenprolaps kan uppleva. Detta medför att kvinnor upplever ytterligare svårigheter med att diskutera och kommunicera sina besvär då de söker vård. Kvinnor med depression och ångest i samband med bäckenbottenprolaps, upplever det dessutom svårt att tala om sina känslomässiga tillstånd och mentala hälsa i samband med vård för bäckenbottendysfunktion. Depression och ångest sågs dessutom ha negativ inverkan på kvinnors vårdsökande. Här upplevde dock kvinnorna hopp i samband med vård då de fick information om att behandlingsalternativ och åtgärder fanns, någonting 'kunde göras'

### **Språkets betydelse i dialogen**

Kvinnor upplevde även hälso-och sjukvårdspersonalens kommunikation som bristfällig vilket upplevdes försvåra kommunikationen ytterligare för kvinnor i dialogen (Wagg et al., 2017; Low & Tumbarello, 2012; Abhyankar et al., 2019). Low och Tumbarello (2012) visar att kvinnor upplevde att sjukvårdspersonal inte använde ett språk som möjliggjorde en jämlik kommunikation mellan vårdare och patient. Wagg et al. (2017) beskriver att inte benämna besvären med ett direkt, klart och tydligt språk ökade risken för missförstånd samt att kvinnan besvarade frågor utan att förstå vad frågorna eller deras svar egentligen innebar. Vid användning av symboliskt språk som att säga "hur går det med kisseriet", istället för att vara helt tydlig med en korrekt benämning, visar Wagg et al. (2017) att en majoritet av kvinnor missförstår frågan helt eller är osäkra över innebörden av frågan. Trots denna osäkerhet var det ingen av kvinnorna som försökte få klarhet i sin osäkerhet för att kunna besvara frågan ärligt. Vidare beskriver Alas et al. (2016) att kvinnor upplevde olika behov av nivå på språk i samtalet, vissa upplevde terminologin för svår och andra för lätt, kvinnor ansåg att språket och informationen borde anpassa efter varje unik individs förutsättningar, förförståelse och behov.

### **Dolt tillstånd: svårigheter att verbalisera något som inte syns utanpå kroppen**

Att vara drabbad av bäckenbottenprolaps beskrevs som ett dolt tillstånd, något som inte syns utanpå kroppen, vilket gör det svårt för kvinnor att veta vilket tillstånd de drabbats av vilket gjorde det svårt att verbalisera sina upplevelser och besvär. Först när tillståndet blev synligt, trängde ut genom slidan, sökte de hjälp trots att de upplevt besvär under lång tid innan tillståndet blev synligt (Pakbaz et al., 2010).

### **Optimal kommunikation**

Kvinnor upplevde ett behov av mer kommunikation och bättre dialog om bäckenbotten dysfunktioner (Alas et al., 2016; Dunivan et al., 2014; Muller, 2010; Wagg et al., 2017; Bascur-Castillo et al., 2019; Abhyankar et al., 2019; Pakbaz et al., 2010). En viktig faktor för en bättre kommunikation var att känna förtroende för den person som lyssnade när de berättade om sitt problem (Pakbaz et al., 2010). Att kommunicera med direkta, tydliga frågor efter kvinnans behov, som inte kunde feltolkas, uttrycktes viktigt samt med kommunikation genereras den kunskap som krävs från vårdpersonalen för att underlätta kvinnans vidare riktning för vård. Wagg et al. (2017) visade att kvinnor vill prata om sina problem men vill att hälso-och sjukvårdspersonal tar initiativ till samtalet, samt ansågs sjuksköterskor vara den vårdpersonal som de vill få hjälp av. Hermansen, O'Connell och Gaskin (2010) studie visade också på att kvinnor föredrog att få information från sjuksköterskor gällande symtom och besvär.

## **Kommunikationssvårigheter vid tolkanvändning**

Två av studierna som ingår i denna litteraturöversikt, lyfter även användande av tolk som ytterligare inverkan på kvinnors upplevelse av vård vid bäckenbottendysfunktion (Alas et al., 2016; Dunivan et al., 2014). Spansk talande kvinnor i dessa båda studier beskriver hur användandet av tolk bidrar till barriärer i kommunikationen mellan dem och hälso-och sjukvårdspersonal, de upplevde en ökad oro vid vårdbesöket då de bekymrade sig för huruvida tolken besatt rätt kunskap och vokabulär för att diskutera bäckenbottendysfunktion besvär och symtom, samt en oro för huruvida tolken tolkar det som sägs korrekt. Detta bidrog till att dessa kvinnor upplevde ett minskat förtroende för hälso- och sjukvårdspersonal, då de inte var säkra på att kommunikationen fungerade och om det som sades var riktigt och korrekt. Kvinnorna upplevde ökat förtroende och tillit för hälso- och sjukvårdspersonal då dessa också var spansktalande och kommunikationen kunde föras direkt utan tolk.

## **Kunskap**

### **Upplevelse av vårdpersonalens auktoritära kunskap**

Kvinnor som söker vård för bäckenbottendysfunktion upplever att deras egenupplevda symtom, besvär och erfarenheter samt kroppskänedom fråntas betydelse, att läkare och hälso-sjukvårdspersonal anses besitta den riktiga kunskapen. De innehar auktoritär kunskap som medicinska experter (Abhyankar et al., 2019; Low & Tumbarello, 2012; Pakbaz et al., 2010).

Low och Tumbarello (2012) beskriver kvinnors upplevelser av auktoritär kunskap från hälso- och sjukvårdspersonal, det är först vid vårdkontakt som de upplever att det finns termer och benämningar för sina besvär. Innan dess har kvinnan endast sin egen självupplevda erfarenhet och upplevelse då många saknar kunskap av denna del av anatomin samt har mindre kunskap av medicinsk terminologi för att kunna benämna sina besvär. Diagnosen ges genom auktoritär kunskap och definierar tillståndet med korrekt benämning och terminologi. Det är först då som tillståndet 'finns'.

Vidare lyfter denna studie hur kvinnor inte får sina besvär bekräftade eller diagnos ställd korrekt då de symtom som kvinnorna beskriver inte anses motsvara den medicinska definitionen. Detta leder till att dessa kvinnor blir informerade om att ingenting är fel samt vidare behandling inte krävs, kvinnornas egna kroppsliga medvetenhet samt uppfattning av besvären avfärdas. Kvinnor upplever att den biomedicinska diagnosen väger tyngre än deras egen upplevelse av symtom (Low & Tumbarello, 2012).

Pakbaz et al. (2010) beskriver vidare hur det leder till att kvinnor tvivlar på sin kroppskänedom samt självupplevda kroppsliga erfarenhet, då hälso- och sjukvårdspersonal med auktoritär kunskap ej bekräftar deras obehag och besvär. Många kvinnor upplever en besvikelse i samband med detta, vilket medför att de dröjer länge med att söka vård igen. De beskriver hur de upplever att de var tvungna att samla mod för att återigen kunna söka för sina besvär. Abhyankar et al. (2019) lyfter att kvinnor upplever nedlåtande förklaringar till uppkomsten av sina besvär samt att symtomen och besvären avfärdas. Detta bidrar till att kvinnor upplever en uppgivenhet gällande sina bäckenbottenbesvär samt att ingenting finns att göra. Vilket medför en bristande överensstämmelse mellan kvinnornas egna upplevelser av symtom och besvär och den vård och behandling de ges.

### **Kvinnors kunskapsbrist och upplevt stigma**

Upplevelse av skam och tabu samt att kvinnorna upplevde det genant att prata om sina besvär i samband med vårdsökande sågs i flera studier, dessa känslor kunde ses vara relaterade till

kvinnornas kunskapsbrist om bäckenbottendysfunktion och anatomi. Detta bidrog till att fördröja att kvinnorna sökte för sina besvär. Det gav dessutom att de upplevde en osäkerhet samt svårigheter att uttrycka sig gällande sina besvär (Abhyankar et al., 2019; Dunivan et al., 2014; Low och Tumbarello, 2012; Muller, 2010; Paka, Hallock, Trock, Steel & Wright, 2019; Pakbaz et al., 2010; Washington, Raker, & Mishra, 2013). Stigmat som omger ämnet samt bristen på kunskap leder till att kvinnor inte kan sätta ord på det de upplever när de ska beskriva det som "känns fel där nere" (Low & Tumbarello, 2012).

Muller (2010) beskriver att kvinnors bristande kunskap om möjlig behandling samt behandlingsalternativ vidare bidrar till att kvinnor upplever barriärer till att söka vård. Den låga kunskapsnivån hos kvinnorna i denna studie medförde även att kvinnor lyssnade till sin omgivning istället för att söka vård för sina besvär, detta bidrog till att cementera förlegade uppfattningar och attityder om att kvinnornas symtom och besvär var något oundvikligt och permanent, det vill säga normalisering. Vilket medförde att kvinnorna tvivlade på om det var legitimt att söka för sina besvär.

Kvinnors socioekonomiska status och kulturella bakgrund samt utbildningsnivå sågs påverka kvinnors kunskapsnivå av bäckenbottendysfunktion, samt deras upplevelse av skam och tabu då de sökte vård för sina besvär. Även upplevelser av att diskutera besvär och symtom med hälso- och sjukvårdspersonal, samt information de mottog om diagnos och behandlingsalternativ sågs påverkas av socioekonomiska faktorer (Alas et al., 2016).

### **Ökad kunskap och information leder till minskad skam och tabu**

Kvinnor upplevde ett behov av bättre utbildning och information om bäckenbotten dysfunktioner (Alas et al., 2016; Dunivan et al., 2014; Muller, 2010; Wagg et al., 2017; Bascur-Castillo et al., 2019; Abhyankar et al., 2019; Pakbaz et al., 2010). Att prata med någon som hade professionell kunskap var viktigt för kvinnor och möjliggjorde en ökad kunskap hos kvinnan själv (Pakbaz et al., 2010). Dunivan et al. (2014) beskriver att kunskapsbristen sågs som orsak till att kvinnor upplever känslor av skam och skuld samt resulterar i att kvinnor upplever det svårt att prata om med andra. Att få information om att tillståndet är vanligt förekommande samt vilka behandlingsalternativ som finns upplevs motiverande och hjälpfullt för kvinnor (Muller, 2010). Dunivan et al. (2014) studie beskriver att genom information och kunskap om ämnet kan kvinnor bli hjälpta att bemöta sina rädslor och sina svårigheter att handskas med sitt tillstånd samt visade studien att en ökad kunskap leder till minskade känslor av skam och skuld.

### **Avsaknad av informationskällor, olika behov av information**

Pakbaz et al. (2010) visar på att kvinnor saknade tillgängliga informationskällor för att få kunskap. Low och Tumbarello (2012) beskriver att bristen på kunskap kring bäckenbottendysfunktion leder kvinnor till att söker vård för att där få information och ett namn på deras besvär, samtidigt ökade risken för misstro för sin behandlare och svårigheter att acceptera en diagnos med en bristande förestående kunskap om bäckenbottenprolaps. Kvinnor upplevde att det saknades informationskällor från hälso-och sjukvården och samhället vilket leder till den rådande kunskapsbristen om ämnet hos kvinnor (Pakbaz et al., 2010; Low & Tumbarello, 2012; Muller, 2010). Samtidigt visade Alas et al. (2016) studie att kvinnor hade olika behov av nivå på den information som sjukvårdspersonal gav. Kvinnor med tillgång till privat sjukvård hade ofta högre utbildningsnivå och föredrog därför mer

detaljerad information med medicinsk terminologi samt använde de sig av internet för att söka ytterligare information. De kvinnor med lägre utbildningsnivå och svagare socioekonomisk bakgrund upplevde att den information de fick av hälso- och sjukvårdspersonal var för detaljerad och överväldigande då ord som användes var för avancerade. Detta gällde både för de spansktalande och för de engelsktalande kvinnorna med offentlig sjukvård som ingick i studiens population.

### **Kvinnors upplevelser av rädsla kopplat till tillståndet, vård och behandling**

Resultat av studierna visade att kvinnor upplevde rädsla och oro i samband med bäckenbottendysfunktion, vilket i många fall kunde kopplas till en lägre kunskapsnivå i ämnet. Tre av studierna påvisade en upplevelse av rädsla relaterat till vård för bäckenbottendysfunktion, då kvinnornas rädsla för att symtom som blödningar eller att ”det som buktar ut” kunde vara cancer (Alas et al., 2016; Dunivan et al., 2014; Ghetti et al., 2015; Paka et al., 2019). Rädsla för cancer relaterat till behandlingsalternativ kunde också ses (Alas et al., 2016), de spansktalande i denna studie upplevde en rädsla för behandlingsalternativ såsom pessar och krämer då de trodde att dessa kunde leda till cancer. Rädsla kunde också upplevas av kvinnorna i samband med undersökning, eventuella kirurgiska behandlingsalternativ samt återhämtning efter denna (Dunivan et al., 2014; Ghetti et al., 2015; Muller, 2010; Wagg et al., 2017).

### **Bemötande**

#### **Ignorerad eller avfärdad**

Kvinnor upplevde att de hade blivit ignorerade eller avfärdade när de sökt vård för bäckenbottendysfunktion vilket innebar att tidig diagnos uteblev (Abhyankar et al., 2019; Pakbaz et al., 2010; Muller., 2010). Att bli ignorerad innebar att deras symtom avfärdades med kommentarer som att det inte ser så illa ut, eller det är lite hängigt och löst vilket relaterades av sjukvården till antal förlossningar och ålder. En kvinnlig deltagare i Low och Tumbarellos (2012) studie upplever att hon blir avfärdad som ett barn då hon bad om ytterligare förklaring av den medicinska terminologin som används gällande diagnosen. Den här typen av bemötande upplevde kvinnorna som en minimering av deras beskrivna symtom vilket ledde till ökad stigmatisering och normalisering av deras symtom samt avskräckte kvinnorna att söka vård på nytt (Abhyankar et al., 2019). De upplevde att deras besvär inte bekräftats eller att deras symtom fick erkännande vilket fick kvinnorna att tvivla på sina egna upplevelser vilket utgjorde ett hinder för kvinnor att söka vård på nytt (Pakbaz et al., 2010; Low & Tumbarello, 2012). Återkommande beskrivs upplevelsen av att söka vård som forcerat vilket kvinnor upplevde som en tidsbrist eller att deras besvär var av sekundär karaktär, något som inte var viktigt eller ansågs vara ett verkligt problem ur sjukvårdens perspektiv (Washington et al., 2013; Abhyankar et al., 2019; Muller, 2010).

Kvinnor beskrev även en upplevelse av att bli felbehandlad med inkontinensskydd, som behandling vid samexisterande urininkontinens vid prolaps, tills besvären blivit tillräckligt uttalade för att erbjudas en remiss till operation (Abhyankar et al., 2019). Detta ansågs förvånansvärt deras tillstånd samt vara en kortsiktig lösning som upplevdes frustrerande, negativt och en känsla av maktlöshet beskrevs av kvinnorna (Wagg et al., 2017). Inkontinensskydd var besvärande för kvinnor, det upplevdes obekvämt relaterat till svett, rädsla för att lukta, dyrt eftersom skyddet behövdes bytas ofta. Att konstant bära inkontinensskydd ansågs påverka



kvinnornas sexuella bild av sig själv och upplevdes skamfullt av kvinnor (Abhyankar et al., 2019).

### **Upplevelser av stöd från sjuksköterskor**

Kvinnor beskrev upplevelser där sjuksköterskans haft en betydande roll i samband med vård. Sjuksköterskan upplevdes ge information (Hermansen et al., 2010; Storey, Aston, Price, Irving & Hemmens, 2009) och stöd samt uppmuntra kvinnor att inte tveka om att höra av sig vid ytterligare frågor, detta leder till en kontinuerlig kontakt och upplevdes skapa ett tryggt band mellan kvinnan och sjuksköterskan. Sjuksköterskan ansågs både ge psykiskt och emotionellt stöd vilket exemplifieras av att hålla kvinnans hand under en obekvämlig undersökning (Storey et al., 2009).

## **Delaktighet**

### **Sedd, hörd och bekräftad**

Bascur-Castillo et al. (2019) visar att kvinnors upplevelser av att känna sig delaktig i sin vård är en viktig faktor för fortsatt förtroende för sin vårdgivare. Att få information om sitt tillstånd och dess orsaker samt bemötas med empati och engagemang var viktigt för att känna sig delaktig. När kvinnorna upplevde sig sedda, hörda och bekräftade lindrade deras lidande och ersatte en tidigare upplevelse av kontrollförlust. Ett möte där tid fanns för diskussion, frågor och omvårdnad medförde att mötet upplevdes personligt. Bemötande anpassat till deras individuella förutsättningar och förmågor är ett bemötande som anses personcentrerat av kvinnor (Abhyankar et al., 2019).

### **Bristande delaktighet gällande vård och behandling**

Abhyankar et al. (2019) lyfter hur kvinnor upplever paternalistiska och förlegade attityder vid beslutandet om behandling och vård, kvinnorna upplever att de erbjuds få behandlingsalternativ samt att de inte bjuds in att vara delaktiga i beslut gällande sin vård och behandling. I denna studie erbjuds kvinnorna kirurgi som nästan enda uteslutande behandlingsalternativ. Kvinnorna upplever vidare att de inte erbjuds mer information om andra behandlingar och alternativ eller vidare diskussion om deras tillstånd egentligen är lämpliga för kirurgiska ingrepp. Liten tanke och vikt ägnas åt kvinnornas unika livssituationer, samt huruvida de har förutsättningarna för återhämtning hemma efter kirurgiskt ingrepp då behandlingsalternativ diskuteras. Kvinnorna upplever att de inte tillfrågas om vilka alternativ de själva skulle föredra, det är läkarens personliga preferenser som styr gällande behandling.

## **Socioekonomiska och kulturella faktorer**

### **Upplevda skillnader av vård beroende av kulturella och socioekonomiska faktorer**

Kulturell bakgrund samt socioekonomisk hade inverkan på kvinnors upplevelse av vård vid bäckenbottendysfunktion, kvinnors tillgång till hälso- och sjukvård var beroende av ekonomiska faktorer som privat hälso- sjukvårdsförsäkring eller tillgång till allmän sjukvård i USA samt Chile, vilket också medförde att kvinnorna upplevde stora skillnader i samband med vård (Alas et al., 2016; Bascur-Castillo et al., 2019; Dunivan et al., 2014; Washington et

al., 2013). Kvinnor med tillgång till privat sjukvård upplevde att de erbjöds fler behandlingsalternativ för sina besvär (Alas et al., 2016).

Alas et al. (2016) studie påvisar hur kvinnor med olika socioekonomisk och kulturell bakgrund kunde uppleva skillnader i vård i samband med bäckenbottendysfunktion, kvinnorna som endast hade tillgång till offentlig vård upplevde att det kunde ta upp till två eller tre besök för att konstatera att något inte stod rätt till, de upplevde också att de oftare råddes till att gå ned i vikt som åtgärd eller endast använda sig av konservativa behandlingsmetoder som Kegel eller andra bäckenbottenövningar, de upplevde att kirurgi inte ansågs vara ett lämpligt alternativ för deras besvär och symtom. Skillnad i vård menar Alas et al. (2016) kan relateras till kvinnors socioekonomiska bakgrund, deras kulturella samt etniska bakgrund samt deras tillgång till privat hälso- och sjukvårdsförsäkring.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Att göra en litteraturöversikt ansågs som ett bra sätt att få en beskrivande bild av hur kvinnor upplever vård i samband med bäckenbottendysfunktion. Vidare menar Friberg (2017a) att en litteraturöversikt är ett bra sätt att få en strukturerad bild av ett fenomen.

Inför studien identifierades sökord med hjälp av SPICE-modellen vilket ansågs ge ett tydligt fokus och ringa in problemformuleringen inför den strukturerade informationssökningen samt ge en tydlig begränsning vid inkludering av vetenskapliga originalartiklar (SBU, 2017).

Sökning av "bäckenbotten" i ämnesordlistan svensk MeSH och CINAHL public headings genererade orden "Pelvic floor" samt "Pelvic floor disorders"(Östlund, 2017). Begreppet "Pelvic floor disorders" beskrivs här som skada, försvagning eller prolaps av bäckenbottenmuskulatur samt omgivande ligament och bindväv. "Pelvic floor disorder" användes därför som sökord. Den inledande litteratursökning genererade även artiklar med nyckelord i abstraktet som kunde användas vidare i litteratursökningen som användbara sökord. Nyckelord som "Pelvic floor dysfunction" samt "prolapse" användas i relevanta artiklar, därav vidgades sökningar av artiklar till att innehålla ord såsom bäckenbottenprolaps på engelska vilket gav flertalet relevanta artiklar för denna studie vilket även var ett återkommande nyckelord i artiklar till ämnet. Enligt Östlund (2017) är identifiering av nyckelord i granskat material under insamling av data i ämnet ytterligare ett sätt att vidga en sökning för att hitta relevant material. Vid den inledande informationssökningen samt ytterligare sökningar användes sökorden "person centered" samt "person-centered" för att generera artiklar som svarade till syftet, dock gav dessa sökningar få relevanta artiklar. Författarna diskuterade användningen av dessa sökord och tolkade detta som att begreppet personcentrering är ett relativt nytt begrepp och i kombination med bäckenbottendysfunktion som även ses vara ett relativt nytt begrepp inom omvårdnadsforskning gav dessa sökningar färre träffar. Därav övervägdes och valdes andra sökord som kunde ses spegla kvinnors upplevelser vid vård av bäckenbottendysfunktion.

Boolesk sökteknik användes för att avgränsa sökningen samt att samtidigt öka bredden av resultat eftersom synonyma termer inte uteslöts vilket enligt Karlsson (2012) ökar specificiteten och sensitiviteten i sökningarna.

Trots applicering av boolesk sökteknik samt användande av funna nyckelord upplevde författarna svårigheter att hitta relevant material som svarade till syftet. Detta kan antingen

bero på att det saknades ytterligare sökord med relevans till syftet, att syftet inte var tillräckligt avgränsat eller att ämnet inte var tillräckligt studerat (Östlund, 2017). Vidare kan de exklusionskriterier som användes potentiellt ha begränsat antal artiklar. Om sökningar hade inkluderat kvinnor med förlossningsskador hade möjligtvis detta genererat fler artiklar, samt bredare förståelse för dessa kvinnors upplevelser av bäckenbottendysfunktion (Friberg, 2017 b). Däremot ansågs användningen av tre akademiska databaser med relevans till omvårdnad vara en styrka (Östlund, 2017) och ansågs öka resultatets kvalitet och trovärdighet eftersom en större mängd artiklar granskades efter relevans till syftet (Henricson, 2012).

Samtliga inkluderade originalartiklar granskades enskilt av båda författarna med hjälp av Fribergs (2017) mall för kvantitativa och kvalitativa studier, samt gjordes en enskild sammanfattning av varje artikel vilket innefattar att identifiera likheter och skillnader i artiklarnas resultat. Vidare jämfördes de individuella sammanfattningarna och granskningarna tillsammans för slutgiltig bedömning av de inkluderade artiklarnas kvalitet samt jämföra de enskilda fynden. Enligt Henricson (2012) stärker en individuell granskning resultatets reliabilitet vilket innebär att det analyserade resultatet har en högre pålitlighet och höjer metodens kvalitet. Artiklar som valdes bedömdes hålla en hög kvalitet. Vidare togs den egna förförståelsen i beaktande vilket aldrig kan uteslutas ha påverkan på studiens kvalitet. Författarna hanterade sin egen förförståelse genom att kontinuerligt diskutera de individuella erfarenheter som författarna bär med sig från livet samt diskuterades tidigare kunskap om ämnet. Att diskutera sin förförståelse innan resultatanalyser är viktigt för att säkerställa att egna åsikter inte påverkar arbetet.

Studier som är inkluderade i detta arbetes datainsamling är utförda i Sverige, Danmark, USA, Kanada, Storbritannien och Chile och forskarna till studierna har bakgrund och specialisering inom omvårdnad, kvinnohälsa, kontinens, gynekologi, urogynekologi. De ansågs vara relevanta för denna studies syfte samt anses resultat vara överförbara till svensk sjukvård och kvinnors upplevelser i samband med bäckenbottendysfunktion (Henricson, 2012). Antagandet kopplas till den studie som utförts i Sverige och redovisade liknande resultat som de studier utförda internationellt.

Att samtliga inkluderade artiklar hade godkännande från etiska kommittéer samt redovisade sina etiska förfarande väl ansågs ytterst viktigt för inkludering i denna litteraturöversikt samt nödvändigt för att skydda arbetets kvalitet. Med tanke på det känsliga ämnet och kvinnornas utsatthet ansågs det av största vikt att samtliga inkluderade artiklar redovisat att kvinnornas integritet skyddats, att de inte kommit till skada eller utnyttjats samt att deras medverkan varit frivilligt med vetskap om möjligheten att avbryta sin medverkan när som helst under processen. Detta hävdar Kjellström (2012) är en grundläggande förutsättning för att säkerställa ett forskningsetiskt examensarbete. Vidare beskriver Kjellström (2012) att etiska överväganden utförs under hela processen under arbetets gång med ett examensarbete. Författarnas val att belysa kvinnors upplevelser i samband med vård vid bäckenbottendysfunktion ansågs ha ett vetenskapligt värde för de medverkande kvinnorna i studierna och var därav etiskt motiverat. Kunskap om hur kvinnor upplever sin vård i samband med vård kan utveckla och förbättra sjuksköterskans omvårdnad av dessa kvinnor. Vilket kan leda till en förbättrad livssituation och minskat lidande för den enskilda kvinnan (Kjellström, 2012).

## Resultatdiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att belysa kvinnors upplevelser i samband med vård vid bäckenbottendysfunktion för att genom personcentrering uppnå bättre hälsa. Vi fann att kvinnor med bäckenbottendysfunktion upplevde ett dåligt bemötande i samband med vård på flera olika sätt. Kvinnor upplevde *kommunikationsbrister* och bristande kunskap både hos hälso- och sjukvårdspersonal samt sig själva. Kvinnor upplevde även *auktoritär kunskap* från hälso- och sjukvårdspersonal, *otillräcklig information*, kände sig *ignorerade* eller *avfärdade* samt upplevde de sig *inte delaktiga* i beslut rörande behandling. Vidare visade resultatet att kvinnor upplevde *skillnader i bemötande* relaterat till bakgrund och utbildningsnivå. Huvudfynden diskuteras vidare för djupare förståelse av hur vården kan verka mer personcentrerat och leda till empowerment av kvinnor samt bättre hälsa för kvinnor med bäckenbottendysfunktion.

### Kommunikation

Resultatet i studien visade på att kvinnor upplevde kommunikationssvårigheter som både innefattar kvinnans egen förmåga att uttrycka sig i dialogen (Dunivan et al., 2014; Wagg et al., 2017; Pakbaz et al., 2010; Muller, 2010; Low & Tumbarello, 2012; Abhyankar et al., 2019; Bascur-Castillo et al., 2018; Alas et al., 2016) samt sjukvårdspersonalens bristande förmåga att kommunicera adekvat (Wagg et al., 2017; Low & Tumbarello, 2012; Abhyankar et al., 2019). Den egna bristande förmågan att uttrycka sig kan förstås på flera sätt. Om det finns brister i dialogen och kommunikationen kommer inte kvinnans berättelse i ljuset, enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016b) är patientens berättelse nyckeln till att skapa en personcentrerad vård, genom patientens beskrivande bild av sina besvär kan vården formas efter den enskilda kvinnans unika behov. Denna studie visar att kvinnors patientberättelse och besvär ej bekräftas samt att diagnos ställs felaktigt då de symtom kvinnor uppger i sin patientberättelse inte motsvarar den medicinska definitionen (Low och Tumbarello, 2012).

Vidare visar resultatet i denna studie att kvinnor upplever kunskapsbristen som hinder för att kommunicera om sitt tillstånd, då kunskapsbristen leder till avsaknad av språk att benämna det de upplever (Low & Tumbarello, 2012; Pakbaz et al., 2010). Att sakna språk till att uttrycka det som genomlevs kan likställas med att inte kunna verklighetförankra sina upplevelser eftersom språket ligger till grund för människor att kunna sortera, benämna och förhålla sig till sin upplevelse (Svensk sjuksköterskeförening, 2016b).

En studie som undersökte kvinnors upplevda kommunikationssvårighet i samband med bäckenbottenprolaps visade att missförstånd och kommunikationsbrister leder till att kvinnor missuppfattar diagnosen och överväldigas med information de inte förstår. Kvinnorna vet inte vad de ska fråga efter eftersom deras kunskap om tillståndet de drabbas av är låg och informationen de får från hälso- och sjukvårdspersonal är inte anpassad efter deras informationsbehov (Wieslander et al, 2015).

Resultatet visade även att kvinnor upplevde att språket bör anpassas efter enskild kvinnas behov eftersom symboliskt språk, som att säga ”hur går det med kisseriet”, och otydlig information om ämnet leder till en ojämlikhet i dialogen (Wagg et al., 2017; Low & Tumbarello, 2012; Abhyankar et al., 2019). Tidigare forskning visar att en jämlik dialog, som lämnar utrymme för gemensamt beslutsfattande, är en förutsättning för personcentrerad vård och bygger på ett partnerskap mellan de båda parterna (Morgan & Yoder, 2012). Resultatet visade att kvinnor upplevde att den information de fick inte var anpassad till just deras

förutsättningar att förstå och ta till sig information, en del önskade mer detaljerad information, andra kvinnor upplevde sig överväldigade då de fick information med medicinska termer och begrepp (Alas et al., 2016). Det är av vikt att sjuksköterskan använder sig av personcentrerad då hen förmedlar information till kvinnor med bäckenbottendysfunktion. Balzarro, Rubilotta, Goss, Constantini, Artibani & Sand (2018) lyfter vikten av personcentrerad kommunikation vid bäckenbottendysfunktion samt att detta ofta inte ges, de belyser att kvinnor med prolaps ofta ges undermålig information om behandlingsalternativ samt förväntade resultat vilket leder till att kvinnorna inte upplever sig delaktiga i beslutsfattandet. Vidare beskriver studien att det är viktigt att kommunikationen är personcentrerad och att information anpassas till den enskilda individens nivå, att om möjligt ta hänsyn till faktorer som kan spela in såsom socioekonomiska och utbildningsbakgrund samt patientens kapacitet att förstå i samtalet.

## **Kunskap**

Tidigare studier visar på att kvinnor saknar kunskap om bäckenbottendysfunktion vilket framför allt kopplas ihop med en felaktig och normaliserad bild kvinnor har av att tillståndet (Fante et al., 2019; Davis & Kumar, 2003; Mendes et al., 2017). Detta bidrar till en normalisering av symtom och besvär samt att kvinnorna förminskar betydelsen av sina besvär vilket leder till ett fördröjt vårdsökande. Kvinnor kan ifrågasätta hur legitimt det är att söka vård för inkontinens och sexuella besvär (Davis & Kumar, 2003). Resultatet från denna studie visar att kvinnor upplever ett behov av att mer kunskap och information (Alas et al., 2016; Dunivan et al., 2014; Muller, 2010; Wagg et al., 2017; Bascur-Castillo et al., 2019; Abhyankar et al., 2019; Pakbaz et al., 2010) vilket är en viktig pusselbit för att kunna omvärdera den felaktigt normaliserade bilden kvinnor har (Muller, 2010).

Kunskapsbrist är dessutom starkt förknippat med kvinnors upplevelser av stigma, tabu samt skamkänslor i samband med bäckenbottendysfunktion vilket leder till att många kvinnor dröjer med att söka vård i samband med bäckenbottendysfunktion då de upplever tillståndet starkt förknippat med tabu och skam (Abhyankar et al., 2019; Dunivan et al., 2014; Low & Tumbarello, 2012; Muller, 2010; Paka et al., 2019; Pakbaz et al., 2010; Washington et al., 2013). Sjuksköterskan har därför en viktig uppgift att med sin omvårdnad bidra till att lindra kvinnors upplevelser av skam och tabu för att ta bort stigmat relaterat till dessa besvär. En av de viktigaste hörnstenarna i personcentrerad vård är att anpassa omvårdnaden till individens enskilda behov och förutsättningar vilket innebär att bejaka hela personens situation ur en holistisk synvinkel (Morgan & Yoder, 2012). Sjuksköterskans roll innefattar att stärka individen med den kunskap som de är i behov av för att uppnå en bättre hälsa (Berg & Sarvimäki, 2003) vilket innebär att kvinnor bör få den information, kunskap och stöd de behöver för att kunna få den bestämmanderätten. Christensen och Hewitt-Taylor (2006) menar att få information om sitt tillstånd och vilka behandlingsalternativ som finns är avgörande för att kunna ta välinformerade beslut om sin hälsa. Samtidigt räcker det inte att enkelt ge information till patienten utan att ta hänsyn till kontext och sammanhang eftersom informationen som hälso- och sjukvårdspersonal ger kan ses verka partiskt från patientens perspektiv.

Kunskapsbrist och kommunikationssvårigheter hos både kvinnor och hälso- och sjukvårdspersonal bidrar till att kvinnor blir felbehandlade samt att samexisterande symtom och besvär blir underdiagnostiserade (Davis och Kumar, 2003). Porrett (2006) beskriver att den generella uppfattningen hos stor del av hälso- sjukvårdspersonal är att symtom av bäckenbottendysfunktion är isolerade företeelser vilket medför att de med stor sannolikhet inte kommer att fråga kvinnan om andra symtom och besvär. Vård och behandling ses då bli

fragmenterad och inriktas på enskilda symtom som urininkontinens, eventuella samexisterande symtom och besvär som analinkontinens och sexuella besvär missas och underbehandlas (Abhyankar et al, 2019).

Vidare beskriver Davis och Kumar (2003) översiktsartikel sjuksköterskans betydelse för att lyfta ett mer holistiskt perspektiv och frånga ett traditionellt biomedicinskt synsätt för att förbättra dessa kvinnors hälsa. Genom sjuksköterskan kan kvinnorna söka och få information som bidrar till att de kan artikulera och formulera sina besvär i samband med bäckenbottendysfunktion samt även det individuella behov de upplever sig ha.

## **Bemötande**

Tidigare studier visar att kvinnor normaliserar bäckenbottendysfunktion till ålder och förlossning (Hartigan & Smith, 2019). Resultatet av den här studien visar att hälso-och sjukvårdspersonal även normaliserar kvinnors symtom och besvär av bäckenbottendysfunktion. Kvinnor upplevde sig ignorerade och avfärdade av sjukvårdspersonal (Abhyankar et al., 2019; Pakbaz et al., 2010; Muller., 2010) genom kommentarer som normaliserade deras upplevelser av symtom (Abhyankar et al., 2019) vilket genererade i upplevelser av att inte bli sedd, hörd, bekräftad samt skapade ett tvivel på kvinnans egen upplevelse (Pakbaz et al., 2010; Low & Tumbarello, 2012). Detta bemötande utgjorde ett hinder för kvinnorna att söka vård på nytt (Abhyankar et al., 2019; Pakbaz et al., 2010; Low & Tumbarello, 2012) vilket kan relateras till att deras egen upplevelse inte har fått bekräftelse vilket skapat en misstro till den egna förmågan att värdera sina upplevelser korrekt.

SOU (2015:86) lyfter resultat av tidigare analys av de klagomål som lämnats in till Patientnämnden, här ses att kvinnor oftare klagar på dåligt bemötande. De diskuterar olika orsaker till detta och lyfter ett alternativ till förklaring att vården faktiskt inte är adekvat anpassad till kvinnors egenskaper, förutsättningar och behov vilket leder till att kvinnor upplever en sämre vård. De menar också att kvinnor troligtvis bemöts sämre inom hälso-och sjukvården. Denna litteraturöversikt stödjer dessa påståenden då resultat visar att kvinnors ohälsa är lågt prioriterad samt att kvinnor upplever dåligt bemötande i samband med vård för bäckenbottendysfunktion, det råder också stor okunskap om dessa symtom och besvär som till största delen kan ses drabba endast kvinnor. (Abhyankar et al., 2019; Low & Tumbarello, 2012; Muller., 2010; Pakbaz et al., 2010; Wagg et al., 2017; Washington et al., 2013).

## **Jämlik vård**

Socioekonomiskt kan fortsatt stora skillnader ses vad det gäller hälsa i förhållande till individers bakgrund och utbildningsnivå i Sverige, lågutbildade kvinnor utgör en grupp med sämst hälsoutveckling och dessa kvinnor har mindre tillgång till diagnostik och behandling (SOU 2015:86). Vilket resultat av följande studier Alas et al. 2016; Bascur-Castillo et al. 2018; Dunivan et al. 2014; Washington et al. 2013 också styrker. Socioekonomisk och utbildningsnivå har betydelse för kvinnors tillgång till diagnos, vård och vidare behandling av bäckenbottendysfunktion, det har också betydelse för kvinnors kunskap om tillståndet och vilken nivå på information de kan ta till sig då de söker för sina besvär. Davis och Kumar (2003) lyfter dessutom hur kvinnors etniska bakgrund kan ha inverkan på när och hur kvinnor söker för sina besvär, den etniska bakgrunden ses vara en fördröjande faktor till att söka vård på grund av upplevelser av rädsla samt skam.

Enligt Hälso-och sjukvårdslagen har alla människor rätt till god vård på lika villkor (2017:30), svensk sjuksköterskeförenings värdegrund (2016a) vilar på FN:s deklaration (FN, 1948) om mänskliga rättigheter. Hälsa är en grundläggande rättighet och vi som sjuksköterskor har ett ansvar att alla människors lika värde och rätt till vård ges till de människor vi möter inom vården.

## **Genus**

Enligt SOU 2015:86 finns skillnader mellan män och kvinnor samt de sjukdomar som förekommer oftare hos de två olika könen och den vård de erfar. De poängterar dessutom att forskning hittills till största delen bedrivits på manliga försökspersoner och ofta med fokus på de sjukdomar som kan ses drabba män oftare än kvinnor. Det saknas kunskap om kvinnors symtom vid samma sjukdomar, kvinnors symtom vid hjärtsjukdom skiljer sig från mäns, könsskillnader kan ses i hjärtats retledningssystem. Det råder även brist på kunskap om de sjukdomar och ohälsotillstånd som oftare ses drabba kvinnor, utredningen belyser även vikten av att se till könsskillnader vad det gäller riskfaktorer då dessa kan ha en annan inverkan på kvinnors kroppar än mäns på grund av biologiska skillnader där hormoner spelar in. Utredningen menar vidare att det är viktigt att även se till speciellt kvinnliga riskfaktorer för ohälsa, såsom komplikationer efter graviditet och förlossning. Vidare lyfts att kvinnor erfar underbehandling av sjukdomar samt att kvinnor lågprioriteras.

## **Barriärer till Empowerment**

Denna studie visar att brist på kunskap hos både kvinnor själva samt hos hälso-och sjukvårdspersonal och ett paternalistiskt bemötande fråntar kvinnor empowerment gällande sin hälsa. Det tidigare mer traditionella biomedicinska perspektivet samt hälso-och sjukvårdspersonals auktoritära kunskap, med medicinska definitions kriterier samt paternalistiskt bemötande underminerar personcentrerad vård.

Det bidrar också till att kvinnorna upplever att deras kroppsliga kännedom samt deras upplevelse av bäckenbottendysfunktion fråntas betydelse. Kvinnorna upplever i samband med detta tvivel av sina egna symtom och besvär vilket är ett stort hinder till empowerment (Abhyankar et al., 2019; Low & Tumbarello, 2012; Pakbaz et al., 2010). Att inte validera kvinnors egna kunskaper, erfarenheter och upplevelser av ohälsa, samt att ge större betydelse till hälso-och sjukvårdspersonals perspektiv gör vården icke personcentrerad (Svensk sjuksköterskeförening, 2016b). Sjuksköterskor har ett etiskt ansvar att bidra till att kvinnans perspektiv ges samma betydelse och vikt som hälso-och sjukvårdspersonals professionella bedömningar och tolkningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2016b).

Ett paternalistiskt bemötande medför en brist på partnerskap samt fråntar patienters delaktighet i sin vård och hälsa, vilket denna studie visar då kvinnorna inte är delaktiga i beslutsfattandet gällande behandlingsmöjligheter (Abhyankar et al., 2019).

Brist på delaktighet och partnerskap vid paternalistiskt bemötande är i direkt negation till empowerment som istället eftersträvar att göra patienten delaktig samt ta till vara individens egna resurser och kunskaper.

## **Empowerment genom personcentrerad vård**

Med personcentrerad vård och omvårdnad möjliggör sjuksköterskan empowerment av dessa kvinnor. Sjuksköterskan stärker genom personcentrerad vård dessa kvinnors tillgång till information och kunskap om bäckenbottendysfunktion samt symtom och besvär, vidare

möjliggör sjuksköterskans personcentrerade vård att dessa kvinnor aktivt kan fatta beslut gällande sin vård baserade på evidensbaserad kunskap om behandlingsalternativ. Empowerment bidrar till ge kvinnor kunskapen att förstå sin hälsa och sitt tillstånd samt möjligheten att formulera sina upplevelser av symtom och besvär i ord. Empowerment stärker kvinnans möjlighet att själv förbättra sin hälsa genom att ta kontroll över faktorer som kan ses ha inverkan på denna (Berg & Sarvimäki, 2003). Med empowerment ges dessa kvinnor en aktiv roll med delaktighet i beslutsfattandet gällande sin vidare vård och behandling (Richardson, Hagen, Glazener & Stark, 2009). Genom empowerment blir kvinnor med bäckenbottendysfunktion inte längre passiva mottagare av vård där deras perspektiv ges minskad betydelse. Empowerment kan ses som det mål som omvårdnad baserad på holistiskt perspektiv strävar att uppnå (Berg & Sarvimäki, 2003), personens individuella kapacitet stärks och med det individens förmåga att hantera sjukdom och ohälsa.

Det är att anse att empowerment medför bättre hälsa för kvinnor med bäckenbottendysfunktion då de får tillgång till information och kunskap om sitt tillstånd, det medför att de bättre kan formulera sina behov i samband med detta, samt ges delaktighet i beslut om vård och behandling, vården blir då utformad i enlighet med dessa kvinnors unika individuella situation och möter då bättre varje enskild kvinnas behov. Att öka kvinnors kunskap inom området bidrar till att förbättra tillgången till vård samt ger sjuksköterskan möjlighet att arbeta hälsofrämjande med denna patientgrupp, kvinnor kan upplysas om friskfaktorer redan i yngre år för att stärka sin bäckenbotten.

### **Kvinnors upplevelse av sjuksköterskans roll**

Resultatet till denna studie visar att kvinnor med bäckenbotten dysfunktion föredrar att prata med sjuksköterskor om sina symtom, samt att de helst ville få information från sjuksköterskor gällande sina besvär. Kvinnorna upplevde att sjuksköterskan gav både psykiskt och emotionellt stöd samt var mån om att skapa en kontinuerlig vårdkontakt (Hermansen et al., 2010; Storey et al., 2009). Davis och Kumar (2003) beskriver i sin översiktsartikel att sjuksköterskan har en central roll i vården av dessa kvinnor då sjuksköterskan är den hälso- och sjukvårdspersonal som kvinnan kommer att möta först då hon söker för sina bäckenbottenbesvär. Kvinnor upplever att sjuksköterskan är den hälso-och sjukvårdspersonal som de upplever en bra kommunikation och god kontakt med vilket medför en trygg och positivt relation. Detta tillsammans med personcentrerad vård bidrar till att skapa en trygg miljö där dessa kvinnor upplever mindre känslor av stigma, tabu, skam och skuldbeläggning. Vilket medför att de lättare kan prata om sina fysiska symtom och besvär samt även psykiska besvär som ångest och depression i samband med bäckenbottendysfunktion. Studien av Ghetti et al. (2015) visade att kvinnor kunde uppleva psykiska besvär som ångest och depression i samband med bäckenbotten dysfunktion. Davis och Kumar (2003) beskriver hur kvinnors fysiska och mentala hälsa påverkas av bäckenbottendysfunktion samt hur besvären även kan leda till relation och sexuella svårigheter.

### **Personcentrerad vård**

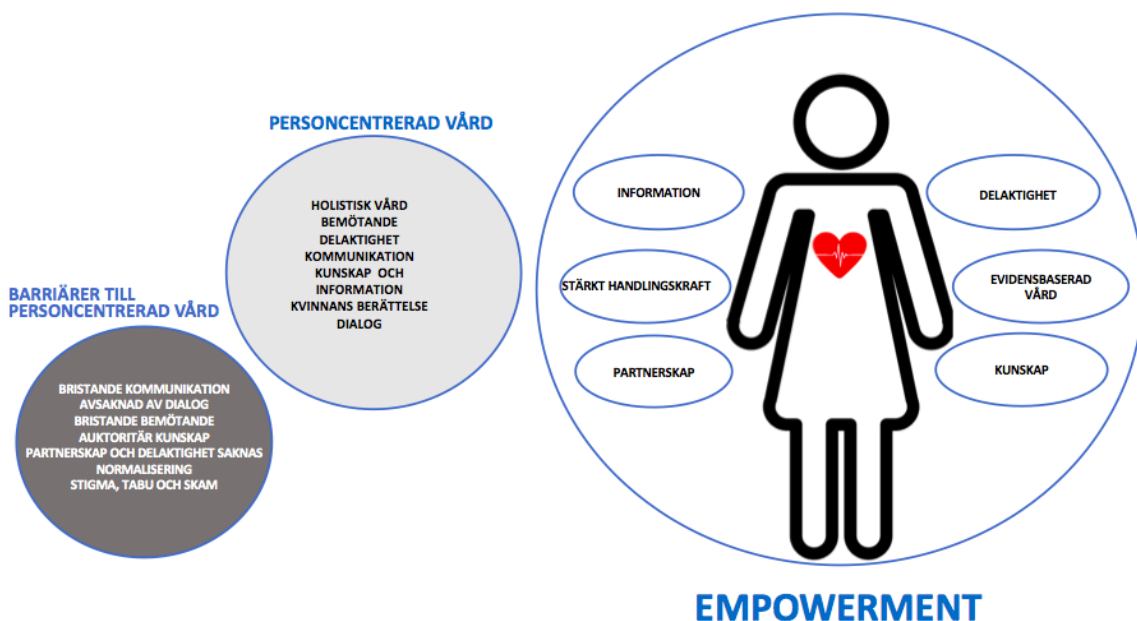
Med personcentrerad vård av kvinnor med bäckenbottendysfunktion ges kvinnor möjlighet att söka vård, information och kunskap. Sjuksköterskan har en viktig betydelse för att göra vården mer personcentrerad så att dessa kvinnor upplever sig sedda samt får sina besvär bekräftade. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016b) är en förutsättning för



personcentrerad vård att sjuksköterskan visar öppenhet samt lyssnar på patientens egna berättelse om sina besvär och symtom och de behov de upplever sig ha i samband med detta. Denna studie visar att många kvinnor upplever, stigma, tabu och skam i samband med bäckenbottendysfunktion samt brister i bemötande då de söker vård. Som sjuksköterskor kan vi med personcentrerad vård bidra till att skapa en miljö utan fördömande där dessa kvinnor ges utrymme att öppet prata om sina symtom och besvär. Kvinnors upplevelse av skam och tabu kan lindras och då också kvinnors lidande. Med sjuksköterskans personcentrerade och hälsofrämjande vård får kvinnornas patientberättelser den vikt och betydelse den bör ha inför vidare vård och behandling. Vilket medför minskad risk att samexisterande symtom och besvär inte framkommer eller blir underdiagnostiserade. Att skapa en miljö där kvinnor upplever sig trygga med att tala om sina besvär och symtom kan medföra att dessa kan upptäckas i ett tidigare stadiet, då konservativa behandlingsmetoder fortfarande kan ha effekt samt kan verka preventivt så att kvinnorna inte dröjer med att söka vård tills tillståndet är av så pass allvarlig grad att uteslutande kirurgiska åtgärder återstår.

Sjuksköterskan har en betydande roll och viktig funktion att bidra till ökad kunskap inom området, det är sjuksköterskan som genom personcentrerad vård och omvårdnad kan förmedla information anpassad till dessa kvinnors unika behov, situation samt kunskapsnivå.

Information om bäckenbottendysfunktion, besvär och symtom samt behandlingsmöjligheter. Det är också sjuksköterskan som genom personcentrerad vård, i partnerskap med kvinnorna, ger dem möjligheten att fatta beslut byggda på evidensbaserad kunskap gällande sitt tillstånd och hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2016b). Sjuksköterskor behöver bidra till att göra vården mer personcentrerad för dessa kvinnor, samt bidra till att vården blir mindre biomedicinskt fokuserad på organ, sjukdom och diagnos (Svensk sjuksköterskeförening, 2016b). Så att hela kvinnan samt hennes unika situation och behov tas i beaktande.



**Figur 1:** Faktorer för personcentrerad vård och empowerment

## Kliniska implikationer

Med en växande befolkning samt andel äldre kommer även behov av vård för bäckenbottendysfunktion öka vilket redan beräknas uppgå till 46 % av alla kvinnor innan de fyllt 80 år (Milsom & Gyhagen, 2019). Denna vetenskap ställer krav på adekvat vård, behandling och bemötande av dessa kvinnor. Mazloomdoost et al. (2018) studie visar att hälso- och sjukvårdspersonalen på vårdcentralens kan vara orsaken till att kvinnor dröjer med att söka vård relaterat till personalens brist på kunskap. Sammanvägt med resultaten från denna studie kan antagande om behov av ökad utbildning för allmänna sjuksköterskor inom området bäckenbottendysfunktioner vara av värde för dessa kvinnor samt ett krav inom professionen. Vilket innebär att ökad utbildning för sjuksköterskor inom ämnet behövs för att adekvat utföra sitt arbete i enlighet med senaste evidens och kunskap vilket sjuksköterskor är förpliktigade att göra (Svensk sjuksköterskeförening, 2016c).

Då det kommer finnas en växande andel kvinnor med dessa besvär kommer högre krav ställas på tillgång till vård och resurser, att eftersträva utökad utbildning inom området för sjuksköterskor ger att sjuksköterskan dessutom omgående kan hjälpa dessa kvinnor med initiala bedömningar av deras symtom och besvär, samt kan hänvisa kvinnor vidare till rätt vårdinstans för vidare hjälp och behandling.

Vidare är sjuksköterskor förpliktigade enligt lag (HSL 2017:30; Patientlag 2014:821) att arbeta hälsofrämjande, förebygga sjukdom och arbeta personcentrerat där kvinnans görs delaktig i vård och behandling. Sjuksköterskor har även en moralisk plikt enligt den egna professionens etiska kod vilket innebär att respektera de mänskliga rättigheterna med vikt på att säkerställa patientens olika behov av vård samt att vården är rättvist fördelad.

Sjuksköterskors bör arbeta efter att sätta patientens hälsa i första rummet (Svensk sjuksköterskeförening, 2016a). Att ge personcentrerad vård och omvårdnad till kvinnor som lider av bäckenbottendysfunktion kommer medföra att dessa kvinnor upplever ett bättre bemötande, bättre kommunikation, bättre information, större delaktighet, fler behandlingsmöjligheter i tidigare skede, vilket kommer att leda till empowerment av dessa kvinnor. Som i sin tur leder till förbättrad hälsa.

## Slutsats

När personcentrering uteblir i vården av kvinnor med bäckenbottendysfunktion ses negativa konsekvenser för den enskilda kvinnan som förvärrade tillstånd, upplevelse av stigma och tabu förstärks, en fortsatt normalisering av besvären, vilket ger försämrad livskvalitet då bäckenbottendysfunktion är ett komplext tillstånd som ses ha inverkan på kvinnors fysiska, mentala och sexuella hälsa. Det är sammanlänkat med depression och ångest. Kvinnor har rätt till vård som bemöter dem med personcentrering så att de kan få sina symtom och besvär bedömda och diagnostiserade korrekt med ett holistiskt synsätt utan paternalism, de ges även tillfälle att vara experter på just sin kropp, sina besvär och möjlighet att förmedla sina symtom och upplevelser till sjukvårdspersonal. Personcentrering kan bidra med att minska lidandet hos dessa kvinnor, att de upplever sig sedda och lyssnade på så att de inte upplever ett negativt avfärdande av sina symtom vilket kan medföra att de dröjer för länge med att söka vård för sina besvär.

Personcentrering ger att kvinnor inte enbart kommer att erbjudas inkontinensskydd som enda 'behandling' vid sina besvär utan att kvinnor även blir upplysta om sitt tillstånd samt vilka behandlingsalternativ som finns och därefter ges tillfälle att vara delaktiga i att fatta

informerade beslut gällande sin egen hälsa och vård. Dessa kvinnor kommer då också uppleva att de har information, kunskap samt resurser att hantera sin situation, detta är empowerment som är att eftersträva inom hälso- och sjukvård.

Vidare anser författarna att mer forskning behövs som specifikt undersöker sjuksköterskors kunskap om bäckenbottendysfunktion och hens roll vid vård av kvinnor med dessa symtom och besvär samt eftersöks en utökad forskning om kvinnors upplevelser av sjuksköterskans bemötande.

## Referenslista

- Abhyankar, P., Uny, I., Semple, K., Wane, S., Hagen, S., Wilkinson, J., ... & Elders, A. (2019). Women's experiences of receiving care for pelvic organ prolapse: a qualitative study. *BMC women's health*, 19(1), 45.
- Alas, A. N., Dunivan, G. C., Wieslander, C. K., Sevilla, C., Barrera, B., Rashid, R., ... & Anger, J. T. (2016). Health care disparities among English-speaking and Spanish-speaking women with pelvic organ prolapse at public and private hospitals: what are the barriers?. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 22(6), 460.
- Balzarro, M., Rubilotta, E., Goss, C., Costantini, E., Artibani, W., & Sand, P. (2018). Counseling in urogynecology: A difficult task, or simply good surgeon-patient communication?. *International urogynecology journal*, 29(7), 943-948.
- Bascur-Castillo, C., Araneda-Gatica, V., Castro-Arias, H., Carrasco-Portiño, M., & Ruiz-Cantero, M. T. (2019). Determinants in the process of seeking help for urinary incontinence in the Chilean health system. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 144(1), 103-111.
- Berg, G. V., & Sarvimäki, A. (2003). A holistic-existential approach to health promotion. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17(4), 384-391.
- Christensen, M., & Hewitt-Taylor, J. (2006). Empowerment in nursing: paternalism or maternalism?. *British Journal of Nursing*, 15(13), 695-699.
- Davis, K., & Kumar, D. (2003). Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care. *Journal of Advanced Nursing*, 43(6), 555-568.
- Dunivan, G. C., Anger, J. T., Alas, A., Wieslander, C., Sevilla, C., Chu, S., ... & Rogers, R. G. (2014). Pelvic organ prolapse: a disease of silence and shame. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 20(6), 322.
- Fante, J. F., Silva, T. D., Mateus-Vasconcelos, E. C. L., Ferreira, C. H. J., & Brito, L. G. O. (2019). Do Women have Adequate Knowledge about Pelvic Floor Dysfunctions? A Systematic Review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics*, 41(08), 508-519.
- Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*, 3(3), 141-151.
- Friberg, F. (2017b). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*, 3(3), 83-96.

- Ghetti, C., Skoczylas, L. C., Oliphant, S. S., Nikolajski, C., & Lowder, J. L. (2015). The emotional burden of pelvic organ prolapse in women seeking treatment: a qualitative study. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 21(6), 332.
- Hagen, S., Richardson, K., Glazener, C., & Stark, D. (2009). The role of nurses in the management of women with pelvic organ prolapse. *British Journal of Nursing*, 18(5), 294-300.
- Hartigan, S. M., & Smith, A. L. (2018). Disparities in female pelvic floor disorders. *Current urology reports*, 19(2), 16.
- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014) Hälsobegreppet – synen på hälsa och sjuklighet. F.Friberg & Öhlen, J (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (s.361-383). Lund: Studentlitteratur  
ISBN 978-91-44-08353-7
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*, 1(2), 471-478
- Hermansen, I. L., O'Connell, B., & Gaskin, C. J. (2010). Are postpartum women in denmark being given helpful information about urinary incontinence and pelvic floor exercises?. *Journal of midwifery & women's health*, 55(2), 171-174.
- Hälso-och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Hämtad från riksdagen webbplats:  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)
- International Council of Nurses Svensk sjuksköterskeförening (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening  
Hämtad:[https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf)
- Karlsson, K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*, 1(2), 95-113
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open university press.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*, 1(2), 69-90
- Low, L. K., & Tumbarello, J. A. (2012). Falling out: authoritative knowledge and Women's experiences with pelvic organ prolapse. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(5), 489-494.
- Mazloomdoost, D., Westermann, L. B., Crisp, C. C., Oakley, S. H., Kleeman, S. D., & Pauls, R. N. (2017). Primary care providers' attitudes, knowledge, and practice patterns regarding pelvic floor disorders. *International urogynecology journal*, 28(3), 447-453.

- Mazloomdoost, D., Crisp, C. C., Kleeman, S. D., & Pauls, R. N. (2018). Primary care providers' experience, management, and referral patterns regarding pelvic floor disorders: A national survey. *International urogynecology journal*, 29(1), 109-118.
- Mendes, A., Hoga, L., Goncalves, B., Silva, P., & Pereira, P. (2017). Adult women's experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 15(5), 1350-1408. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-003389
- Milsom, I., & Gyhagen, M. (2019). Breaking news in the prediction of pelvic floor disorders. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 54, 41-48.
- Montenegro, M., Slongo, H., Juliato, C. R. T., Minassian, V. A., Tavakkoli, A., & Brito, L. G. O. (2019). The Impact of Bariatric Surgery on Pelvic Floor Dysfunctions: A Systematic Review. *Journal of minimally invasive gynecology*.
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of holistic nursing*, 30(1), 6-15.
- Muller, N. (2010). Pelvic organ prolapse: a patient-centred perspective on what women encounter seeking diagnosis and treatment. *Australian and New Zealand Continence Journal, The*, 16(3), 70.
- Nationalencyklopedin*,  
empowerment.<http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/empowerment> (hämtad 2019-11-25)
- Nazarko, L. (2015). Person-centred care of women with urinary incontinence. *Nurse Prescribing*, 13(6), 288-293.
- Paka, C., Hallock, J. L., Trock, B., Steele, K., & James, E. W. (2019). Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse Knowledge, Care-Seeking, and Embarrassment in Women Planning Bariatric Surgery: A Cross-sectional Study. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*.
- Pakbaz, M., Persson, M., Löfgren, M., & Mogren, I. (2010). 'A hidden disorder until the pieces fall into place'-a qualitative study of vaginal prolapse. *BMC women's health*, 10(1), 18.
- Patientlagen (SFS 2014:821). Hämtad från riksdagen webbplats:  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821\\_](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821_)
- Porrett, T. (2006). Understanding pelvic floor dysfunction and its relevance to colorectal nursing. *gastrointestinal nursing*, 4(3), 20-26
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable.

SBU Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården Rapport 2017

[https://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet\\_i\\_halso\\_och\\_sjukvarden.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet_i_halso_och_sjukvarden.pdf)

SBU. (2017). Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetod. Hämtad: 2019-11-08 från

[https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok\\_kapitel08.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf)

SOU 2015:86. *Betänkande av Jämställdhetsutredningen*. Stockholm. Hämtad från nätet

[https://www.regeringen.se/contentassets/fd7240295cab45df8130384abdb600fa/forskarrapporter-till-jamstalldhetsutredningen-sou-2015\\_86.pdf](https://www.regeringen.se/contentassets/fd7240295cab45df8130384abdb600fa/forskarrapporter-till-jamstalldhetsutredningen-sou-2015_86.pdf)

Storey, S., Aston, M., Price, S., Irving, L., & Hemmens, E. (2009). Women's experiences with vaginal pessary use. *Journal of advanced nursing*, 65(11), 2350-2357.

Svensk Sjuksköterskeförening (2008). Sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. *Stockholm. Hämtad från*

<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening (2016a ) Värdegrund för omvårdnad. *Stockholm. Hämtad från*

[https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad\\_reviderad\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf)

Svensk Sjuksköterskeförening (2016b). Personcentrerad vård. *Stockholm. Hämtad från*

[https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf)

Svensk Sjuksköterskeförening (2016c). Evidensbaserad vård. *Stockholm. Hämtad från*

[https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening.ssf.om.evidensbasera.vard\\_2016\\_2016\\_webb.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening.ssf.om.evidensbasera.vard_2016_2016_webb.pdf)

Tinetti, A., Weir, N., Tangyotkajohn, U., Thompson, J., Jacques, A., & Briffa, K. (2017). Help-seeking behaviour for pelvic floor dysfunction in women over 55 years of age: the drivers, barriers and presence of dysfunction. *Australian & New Zealand Continence Journal*, 23(4).

Vårdförbundet (2015). *Vad alla behöver veta om personcentrerad vård. En skrift från Vårdförbundet om hur vården kan bli bättre, smartare och säkrare* Hämtad 2019-10-18

<https://www.vardforbundet.se/siteassets/engagemang-och-paverkan/sa-gor-vi-varden-bättre/vad-alla-behöver-veta-om-personcentrerad-varld.pdf>

Vårdförbundet Hämtad 2019-10-22

<https://www.vardforbundet.se/rad-och-stod/regelverket-i-varden/patientlagen/>

Wallengren, C. & Henricson, M. (2012) Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*, 1(2), 481-496.

Washington, B. B., Raker, C. A., Mishra, K., & Sung, V. W. (2013). Variables impacting care-seeking for pelvic floor disorders among African American women. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 19(2), 98-102.

Wagg, A. R., Kendall, S., & Bunn, F. (2017). Women's experiences, beliefs and knowledge of urinary symptoms in the postpartum period and the perceptions of health professionals: a grounded theory study. *Primary health care research & development*, 18(5), 448-462.

Wieslander, C. K., Alas, A., Dunivan, G. C., Sevilla, C., Cichowski, S., Maliski, S., ... & Anger, J. T. (2015). Misconceptions and miscommunication among Spanish-speaking and English-speaking women with pelvic organ prolapse. *International urogynecology journal*, 26(4), 597-604.

World Health Organization (1948) *Frequently asked questions*. Hämtad 2019-11-15

<https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Östlund, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete*, 3(3), 59-82.



# Bilagor

## Bilaga 1

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
Scopus 191009	“Pelvic floor dysfunction” AND “Women experience”	Engelska	4	3	3	2  Low&Tumbarello, 2012 Storey et al. 2009
Scopus 191009	“pelvic organ prolapse” AND “women’s experience”	Engelska	27	8	5	5 Dubbletter:2 Abhyankar et al. 2019 Dunivan et al. 2014 Pakbaz et al. 2010
CINAHL 191009	“Person centered care” AND “Women’s experien*” AND “Pelvic organ prolapse” OR “Pelvic floor disorder”	Engelska	8	1	1	1 Dubblett
Pubmed 191010	“Pelvic floor dysfunction” AND Nurse	Engelska	13	4	4	0
Scopus 191016	“Pelvic floor dysfunction” AND “Help seeking behaviour”	Engelska	6	2	2	1 Wagg et al. 2017
PubMed 191017	Pelvic organ prolapse AND receiving care	Engelska	17	3	3	1 dubblett.

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
Scopus 191023	“Pelvic organ prolapse” AND Women AND Perception	Engelska	90	10	5	1 Alas et al. 2016
Scopus 191023	“Pelvic floor” AND “experience” AND “help seeking”	Engelska	7	2	1	1 Bascur-Castillo et al. 2019
Scopus 191025	Pelvic AND “Care seeking”	Engelska	43	6	6	3 1: Dubblett  Washington et al. 2013  Paka et al. 2019
Pubmed 191030	"pelvic organ prolapse" AND "seeking treatment"	Engelska 10 år	133	6	6	6 (5 dubletter)  Ghetti et al. 2015
CINAHL 191030	“Pelvic organ prolapse” AND Women AND pespective	Engelska	5	1	1	1 Muller, 2010
Scopus 191030	“Women”AND “experience” AND “POP” OR “Pelvic*” AND “nurse”	Engelska	68	4	1	1 Hermansen et al. 2010

## Bilaga 2

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
<p>Women's experiences of receiving care for pelvic organ prolapse</p> <p>Abhyankar, Uny, Semple, Wane, Hagen, Wilkinson, Guerrero, Tincello, Duncan, Calveley, Elders, McClurg, &amp; Maxwell</p> <p>UK 2019</p>	<p>Studien söker undersöka kvinnors upplevelse av att söka vård i samband med vård av bäckenbottenprolaps, samt ev. förbättringsfaktorer till personcentrerad vård.</p>	<p>Tvärsnittsstudie med en kvalitativ design med symbolisk tolkning.</p> <p>Tre fokusgrupper med totalt 22 kvinnor.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>Kvinnor söker ofta vård sent r/t omedvetenhet om tillståndet, stigma och skam</p> <p>Kvinnors symtom avfärdas och adresseras ej. Brist på delaktighet och information om olika behandlingsalternativ.</p> <p>Sjukvårdarens syn och kunskap värderas högre av kvinnorna samt sjukvårdspersonal.</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Etiskt godkännande</p> <p>Välformulerat problem och syfte.</p> <p>Väl beskriven metod och material.</p> <p>Resultat svarar till problem och syfte samt knyter an till bakgrund i diskussion.</p>
<p>Pelvic organ prolapse: a patient centered perspective on what women encounter seeking diagnosis and treatment</p> <p>Muller, Nancy</p> <p>USA 2010</p>	<p>Att fånga kvinnors upplevelser av vård vid bäckenbottenprolaps samt identifiera barriärer och frustration i samband med vård.</p>	<p>Mixad metod</p> <p>Enkät. besvaras av 97 kvinnor</p> <p>Uppföljning med djupgående telefonintervju, 33 av de 97 kvinnorna medverkade.</p> <p>Kvinnorna rekryterades via en tidskrift.</p>	<p>Kvinnor upplever: Begränsningar i livskvalitet. Rädsla och frustration. Svårt att samtala kring symtom. Upplevdes sig vara till besvär när de sökte vård, samt tillstånd av sekundär betydelse.</p> <p>Brist på folkhälsoutbildning och hälsopromotion om bäckenbottenprolaps sakna</p>	<p>Medel kvalitet</p> <p>Tydligt beskriven metod, brister i metod diskuteras.</p> <p>Problem och syfte besvaras väl.</p> <p>Diskussion förs om resultat och vad kunskapen kan leda till.</p> <p>Etiskt godkännande från medverkande</p> <p>Eventuell intressekonflikt</p>

<p>Women's experiences, beliefs and knowledge of urinary symptoms in the postpartum period and the perception of health professionals: a grounded theory</p> <p>Wagg, Kendall &amp; Bunn</p> <p>UK (2017)</p>	<p>Syftet med denna studie var att utforska, beskriva samt utöka förståelse av kvinnors erfarenheter, uppfattning och kunskap om urininkontinenssymtom (postpartum). Samt sjukvårdspersonals förståelse av dessa symtom.</p>	<p>Grounded theory, kvalitativ induktiv ansats.</p> <p>15 kvinnor rekryterades att delta i 2 fokusgrupper.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer genomfördes. All data analyserades och jämfördes.</p>	<p>Kvinnor vill prata om sina symtom men vill att hälso-och sjukvårdspersonal tar initiativet.</p> <p>Dålig kommunikation, brist på utbildning samt släktingars utsagor är hinder för att söka vård.</p> <p>Vilket skapar ett normaliserande klimat.</p> <p>Normalisering leder till fördröjt vårdsökande.</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Tydligt problem och syfte.</p> <p>Väl beskriven metod, material och analys av material.</p> <p>Styrkor och svagheter diskuteras.</p> <p>Överförbarhet lyfts fram</p> <p>Etiskt godkännande</p>
<p>Pelvic organ prolapse: A disease of silence and shame</p> <p>Dunivan et al.</p> <p>USA 2014</p>	<p>Studien sökte bättre förstå Spansktalande samt engelsktalande kvinnors erfarenhet av bäckenbotten prolaps, samt deras upplevelser, symtom och relaterade interaktioner med hälso- och sjukvård.</p>	<p>Kvalitativ studie. Analys med grounded theory.</p> <p>3 olika mottagningar.</p> <p>Åtta fokusgrupper, 4 spansktalande och 4 engelsktalande. 6-8 kvinnor per grupp.</p> <p>Inkluderade kvinnor hade olika socioekonomisk bakgrund.</p> <p>Inspelning, transkribering, kodning efter nyckelord/meningar bildade teman.</p>	<p>Följande teman identifierades: Låg kunskap om Bäckebottenprolaps samt prevalens. Upplever skam, pinsamhet, förnedring gällande tillståndet. Mer information/ utbildning om prolaps kan avstigmatisera ämnet och möjliggöra att kvinnor kan kommunicera om sitt tillstånd med både sjukvårdspersonal och anhöriga. De spansktalande fokusgrupperna gav ytterligare två teman: rädsla för kirurgi samt ökade kommunikationssvårigheter vid användandet av tolk.</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Syftet besvaras.</p> <p>Väl beskrivet syfte, metod.</p> <p>Diskuterar styrkor och svagheter</p> <p>Lyfter överförbarhet och vidare studier.</p> <p>Etiskt godkänd</p>

<p>Variables Impacting Care-seeking for Pelvic Floor Disorders Among African American Women</p> <p>Washington, Raker, Mishra, &amp; Sung</p> <p>2013</p> <p>USA</p>	<p>Primära syftet att identifiera barriärer sökande av vård i samband med bäckenbottendysfunktion i populationen av Afro amerikanska kvinnor.</p> <p>Sekundära syftet att utvärdera variabler som kan ses påverka vårdsökande.</p>	<p>Kvantitativ tvärsnittsstudie med enkäter</p> <p>364/568 enkäter besvarades adekvat och ligger till grund för resultatet.</p> <p>Multivariabel regressionsanalys av data.</p>	<p>Bäckenbottendysfunktion var en naturlig del av åldrandet (65% ). Samt att de upplevde det som genant att diskutera dessa besvär med hälso-och sjukvårdspersonal (40 %).</p> <p>Ytterligare barriär till att söka vård kunde ses vara relaterat till läkarens attityd dvs att de inte tog sig tid eller verkade intresserade.</p>	<p>Medel kvalitet</p> <p>Tydligt syfte, problem och väl beskriven metod. Resultatet diskuteras samt styrkor och svagheter.</p> <p>Eventuellt selektionsbias.</p>
<p>Falling out: Authoritative Knowledge and Women's Experiences with Pelvic Organ Prolapse</p> <p>Low, &amp; Tumbarello</p> <p>USA</p> <p>2012</p>	<p>Syftet var att jämföra etablerad kunskap hos hälso-och sjukvård med kvinnors egen upplevda erfarenhetsbaserade kunskap av bäckenbotten prolaps.</p>	<p>Kvalitativ innehållsanalys</p> <p>Semistrukturerade intervjuer med 13 kvinnor med diagnosen bäckenbottenprolaps.</p>	<p>Kvinnornas berättelser gav upphov till 3 teman.</p> <p>Auktoritär /etablerad kunskap innehas av hälso-och sjukvårdspersonal.</p> <p>Hälso-och sjukvårdspersonals auktoritära kunskap värderas över den egna självupplevda / "innehavda" kunskapen.</p> <p>Hälso-och sjukvårdspersonals etablerade kunskap värderas högre av både kvinnorna själva samt hälso- och sjukvårdspersonal.</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Väl beskriven teori.</p> <p>Syftet besvaras,</p> <p>Tydligt genomgående struktur.</p> <p>Medverkande godkänna sin medverkan, etisk godkännande sökt men ej nödvändigt</p>

<p>A hidden disorder until the pieces fall into place' - a qualitative study of vaginal prolapse</p> <p>Pakbaz, Persson,Löfgren, &amp; Mogren</p> <p>Sverige</p> <p>2010</p>	<p>Att klargöra upplevelsen av att leva med vaginal prolaps samt påverkan på det dagliga livet innan operation</p>	<p>Djupintervjuer med 14 kvinnor innan operation.</p> <p>Datansamling pågick tills mättnad uppnåtts</p> <p>Intervju data transkriberades verbatim. Data analys skedde med hjälp av kvalitativ innehållsanalys</p>	<p><i>Hinder</i> till att söka vård</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Brist på information</li> <li>- Skuldbeläggning av sig själv</li> <li>- Upplevelse av att ignoreras</li> <li>- Ha ett dolt tillstånd</li> <li>- Förminskning av sitt tillstånd samt nedprioritering av den egna hälsan.</li> </ul> <p><i>Möjliggörande faktorer</i> till att söka vård</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bekräftelse och stöd ifrån andra</li> </ul>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Etiskt godkännande.</p> <p>Tydligt problem, syfte.</p> <p>Metoden och materialet väl beskrivet.</p>
<p>The Emotional Burden of Pelvic Organ Prolapse in Women Seeking Treatment: A qualitative study</p> <p>Ghetti, Skoczyla, Oliphant, Nikolajski, &amp; Lowder</p> <p>USA</p> <p>2015</p>	<p>Att belysa samt förstå kvinnors känslomässiga upplevelse av bäckenbotten prolaps samt kvalitativt beskriva den emotionella bördan kvinnor upplever i samband med vård.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Fokusgrupper och intervjuer,semi-strukturerad diskussion.</p> <p>24/44 kvinnor deltog i fokusgrupper, 6-8 per grupp.</p> <p>Data analyserades, intervjumaterial transkriberades verbatim. Vidare analys gav upphov till koder som sedermera ledde till teman.</p>	<p>Kvinnors känslor har inverkan på kvinnors vilja att diskutera sina besvär samt att söka vård.</p> <p>Upplevda känslor inför prolaps: irritation, frustration, ilska, nedstämdhet, ångest och depression. Upplevda känslor vid kommunikation Svårt att prata om hur symtom påverkar livskvaliteten, tabun och skam som kvinnor associerar till ämnet ökar svårigheter.</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Problem, syfte och metod väl beskrivet.</p> <p>Relevant studiepopulation</p> <p>Etiskt godkännande</p>

<p>Determinants in the process of seeking help for urinary incontinence in the Chilean health system.</p> <p>Bascur - Castillo, Araneda-Gatica, Castro-Arias, Carrasco- Portino, &amp; Ruiz-Cantero</p> <p>Chile 2019</p>	<p>Att analysera vad som leder kvinnor att söka hjälp för urininkontinens samt stanna kvar i hälso- och sjukvårdssystemet.</p>	<p>Kvalitativ studie, semistrukturerade intervjuer</p> <p>Tolkande och beskrivande fenomenologisk studie: med Andersens modell för analys</p> <p>Intervjuer spelades in och transkriberades.</p> <p>10 kvinnor medverkade</p>	<p>Negativa upplevelser: Kvinnor upplevde brist på information, prevention.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Egenupplevd kunskap och unika omständigheter togs inte i beaktande.</li> <li>- Förminskning av symtom.</li> <li>- Korta icke personliga besök, normalisering av symtom/tecken.</li> </ul> <p>Positiva upplevelser: Empati från hälso-och sjukvårdspersonal.</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Etiskt godkännande</p> <p>Förförståelse hanterad och diskuterad</p>
<p>Health Care Disparities Among English- Speaking and Spanish-Speaking Women With Pelvic Organ Prolapse at Public and Private Hospitals: What Are the barriers?</p> <p>Alas, Dunivan, Wieslander, Sevilla, Barrera, Rashid, Maliski, Eilber, Rogers, &amp; Anger</p> <p>2016 USA</p>	<p>Att jämföra och definiera eventuella barriärer (gällande kommunikation) skillnader i upplevelser och barriärer mellan engelsktalande och spansktalande kvinnor som får behandling för bäckenbotten prolaps på privata och kommunala vårdmottagningar</p>	<p>Mixad metod</p> <p>Statistisk analys av data samt kvalitativa grounded theory av intervjudata.</p> <p>Åtta fokusgrupper, 4 på engelska och 4 på spanska. Totalt 58 kvinnor.</p> <p>Heterogen grupp kvinnor.</p>	<p>Teman i den spansktalande gruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rädsla för cancer.</li> <li>- upplevde sämre och mindre behandlingsalternativ.</li> <li>- Spansktalande kvinnorna upplevde mer oro samt mer motstånd till erbjuden behandling jämfört med engelsktalande kvinnorna.</li> <li>-negativa upplevelser i samband med tolk.</li> </ul> <p>Preliminära teman - Privatsjukhus och offentlig vård</p> <p>Skillnad i erbjuden behandling, avsaknad av individanpassad information.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Engelsktalande kvinnor i privat sjukvårdsmiljö upplevde mindre genans och skam</li> </ul>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Tydligt syfte, problem.</p> <p>Metoden redogörs väl.</p> <p>Diskuterar styrkor och svagheter.</p> <p>Etiskt godkännande</p>

<p>Urinary incontinence and pelvic organ Prolapse Knowledge, care - seeking, and Embarrassment in Women Planning Bariatric Surgery: A cross- sectional Study</p> <p>Paka, Hallock, Trock, Steele, &amp; Wright</p> <p>2019</p> <p>USA</p>	<p>Att utvärdera om kvinnor som skulle genomgå operation för POP var lika kunniga om pop och UI som den generella populationen. Samt bestämma samband av vårdsökande och påverkan av pinsamhet till kunskap om bäckenbottendysfunktion.</p>	<p>Kvantitativ Tvärsnittsstudie.</p> <p>Anonym enkät</p> <p>315 (88% ) kvinnor genomförde undersökningen</p> <p>Data analyserats med statistisk analysmjukvara, samt Kolmogorov-Smirnov metoden, Mann-Whitney U test, Fisher test.</p> <p>Noninferiority test utfördes också.</p>	<p>- Överviktiga kvinnor hade lägre kunskap om POP jämfört med en generell befolkning.</p> <p>-Visar på samband mellan kunskapsnivå och upplevelser av skam vid samtal med vårdpersonal</p> <p>Värden gav att gruppen som svarade positivt på enkätfrågan huruvida de var för generade att prata med vårdpersonal om sina besvär också kunde ses inneha lägre kunskap om UI i jämförelse med övriga kvinnor i befolkningen.</p> <p>Kunskapsnivån om bäckenbottendysfunktion var lägre hos de kvinnorna som sökte fetmakirurgiska åtgärder.</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Problem tydligt formulerat och avgränsat</p> <p>Styrka: Anonym enkät</p> <p>Etiskt godkännande</p>
<p>Women's experiences with vaginal pessary use</p> <p>Storey, Aston, Price, Irving &amp; Hemmens</p> <p>2009</p> <p>Kanada</p>	<p>Att beskriva kvinnors levda erfarenheter av behandling med pessar vid urininkontinens eller vaginal prolaps.</p>	<p>Kvalitativ studie med tolkande narrativ teori.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer genomfördes med 11 kvinnor.</p> <p>Intervjuerna spelades och transkriberades.</p> <p>Materialet analyserades tills en djupare förståelse uppnått innan de översattes till teman.</p>	<p>- Sjuksköterskans psykiska och sociala stöd var viktig i upplevelsen av vård.</p> <p>- Kvinnor kan ha en aktivt roll sin behandling.</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Metoden utförligt beskriven samt relevant till syftet.</p> <p>Etiska förfaranden väl beskrivna.</p>



<p>Are postpartum women in denmark being given helpful information about urinary incontinence and pelvic floor exercises?</p> <p>Hermansen, O'Connell &amp; Gaskin</p> <p>Danmark 2010</p>	<p>Att undersöka varifrån och från vem kvinnor, postpartum, får information om urininkontinens och bäckenbottenträning, hur hjälpsam informationen var samt från vem de föredrog att få hjälp från.</p>	<p>Kvantitativ enkätstudie.</p> <p>Kvinnorna besvarade tre frågor som var relevant till syftet.</p> <p>Frågorna hade tidigare använts i en studie i Australien.</p> <p>266 kvinnor besvarade enkäten</p>	<p>Hälften av kvinnorna kunde minnas att de blev informerade om urininkontinens.</p> <p>Kvinnorna föredrog att få konsultation av allmänna sjuksköterskor</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Relevant metod och urval som besvarade syftet.</p> <p>Etiskt godkännande</p>