



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

KVINNORS PSYKISKA OCH FYSISKA ERFARENHETER AV HYSTEREKTOMI

En litteraturstudie

ANNIKA MAGNUSSON
SABINA PEDERSEN

Examensarbete
Kurs 9
Sjuksköterskeprogrammet
Maj 2005

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: info@hs.mah.se

KVINNORS PSYKISKA OCH FYSISKA ERFARENHETER AV HYSTEREKTOMI

En litteraturstudie

Annika Magnusson
Sabina Pedersen

Magnusson, A och Pedersen, S. Kvinnors psykiska och fysiska erfarenheter av hysterektomi. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2005

Syftet med denna litteraturstudie var att få en ökad kännedom om den opererade kvinnans upplevda kroppsliga och psykiska förändring vid hysterektomi. Frågeställningarna var; Vilka förändringar upplever patienten? Vilket psykosocialt stöd kan ges av sjukvårdspersonal och anhöriga för att underlätta för kvinnan? Vilken grad/behov av kunskap finns bland patienterna? 9 vetenskapliga artiklar granskades. Resultatet som framkom ledde till fyra teman; känsla av förbättrad hälsa, sexuella förändringar, hormonella förändringar och kunskap, förståelse och stöd. Generellt ökade hälsan, både fysiskt och psykiskt, hos de kvinnor som genomgått hysterektomi. Det framkom även resultat som visade att kunskapen och förståelsen värderades som låg i vissa områden. Detta i sin tur ledde till att kvinnorna inte hade förståelse för sina symtom efter operationen. Samt ett fynd som visade att stödet från en anhörig hade stor vikt för deras välmående både pre- och postoperativt.

Nyckelord: Erfarenheter, Fysiskt, Hysterektomi, Psykiskt, Stöd

WOMEN'S PSYCHOLOGICAL AND PHYSIOLOGICAL EXPERIENCES OF HYSTERECTOMY

A literature review

Annika Magnusson
Sabina Pedersen

Magnusson, A och Pedersen, S. Women's psychological and physiological experiences of hysterectomy. A literature review. *Degree project, 10 credit points*. Nursing programme, Malmö University: Health and Society, Department of nursing, 2005

The purpose of this literature review was to obtain a higher grade of knowledge about the operated woman physiological as well as psychological experiences of hysterectomy. The questions were; which changes did the patient notice? What kind of psychosocial support can be given to the women by the healthcare personal or her relatives? What grade/need of knowledge is shown among the patients? 9 scientific articles were reviewed. The showed result led us to four different themes, health improvement, sexual differences, hormonal differences and knowledge, understanding and support. Generally the health, both physical and sexual increased, also hormonal changes were shown. Another thing that showed was that the knowledge and understanding was validated low in some parts of the world. This sometimes led to that the women didn't understand their side effects after the operation. This was important, during the pre- as well as during the postoperative period. An additional thing that was shown was that the support of a significant other had an impact on the women's wellbeing.

Keywords:, Experience, Hysterectomy, Physiological, Psychological, Support

INNEHÅLL

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Hysterektomi	5
Sjukskrivningstid	6
Historia	6
Aktuell statistik	7
Psykosocialt stöd och omvårdnad	8
Hysterektomins inverkan på dagligt liv	8
Psykosociala effekter efter hysterektomi	9
Sexuella effekter	9
Hormonella effekter	10
Genusperspektiv på hysterektomi	10
Andra faktorer som har betydelse	11
Teoretisk referensram	11
SYFTE	12
Frågeställningar	12
METOD	12
Databassökning	13
Inklusions - och exklusionskriterier	13
Kritisk granskning	13
Databearbetning och analys	14
ARTIKELSAMMANFATTNING	14
RESULTAT	17
Känsla av förbättrad hälsa	17
Sexuella förändringar	18
Hormonella förändringar	19
Kunskap, förståelse och stöd	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
Känsla av förbättrad hälsa	22
Sexuella förändringar	23
Hormonella förändringar	24
Kunskap, förståelse och stöd	25
Bifynd	27
Framtida värde och vidare forskning	27
Slutsats	27

REFERENSER	28
BILAGOR	31

INLEDNING

Jernberg (1994) beskriver i sin självbiografi känslan att få ett cancerbesked och hur det är att genomgå en hysterektomi och hon tar upp de frågor som har intresserat oss i vårt skrivande. Frågor som rör kvinnligheten, sexualiteten, psykiska processer men även de situationer som sjuksköterskan kan hamna i. Livmoderns främsta funktion är att härbärgera befruktade ägg för utveckling. Vid vissa tillstånd väljer eller måste uterus tas bort, ett sådant tillstånd kan vara corpus cancer (Faxelid et al, 2001). Denna litteraturstudie belyser kvinnors erfarenheter av att ha genomgått en hysterektomi och vi hoppas med denna kunskap få en ökad förståelse för hur det kan vara att genomgå operationen. Detta för att underlätta i omvårdnadsprocessen då kunskapen om patientens situation har en stor betydelse för att kunna ge en så bra omvårdnad och ett så bra stöd som möjligt (Almå, 2002).

BAKGRUND

Under bakgrund tar vi upp de begrepp som vi anser vara viktiga för att få en helhetssyn på hysterektomin och dess historia.

Hysterektomi

Livmodern (uterus, lat.; hystera, grek.) kan beskrivas helt fysiologiskt som en päronformad hönsäggstor muskel beläget i lilla bäckenet (Faxelid et al, 2001). Den kan också beskrivas med mer värme och engagemang, till och med poetiskt, som kvinnans kraftcentra eller som orgasmens trumma (Jernberg, 1994). Hysterektomi är ett behandlingsalternativ för tillstånd som menorrhagi, missbildningar i cervix, endometriosis, onormal blödning från livmodern, myoma, bäckensmärta och sammanväxningar, dysmenorrhea, kronisk ickecyklisk bäckensmärta, endometrial hyperplasi, bäckenförslappning och livmoder-, livmoderhals och äggstockscancer. I de sista tre fallen kan hysterektomi vara det enda alternativet eftersom de kan vara svårupptäckta cancerformer och strålning skadar kringliggande organ (Hagenfeldt et al, 1995).

Hysterektomi härstammar från grekiskans hystera som betyder livmoder och ektomi som betyder bortopererande, borttagande (Faxelid et al, 2001). Detta ingrepp anses vara det näst vanligaste gynekologiska ingreppet efter kejsarsnitt hos kvinnor i reproduktiv ålder (Hagenfeldt et al, 1995). Det finns två olika tekniker att utföra ingreppet på, antingen via buk, abdominal, eller vaginalt. Man delar också upp hysterektomi efter hur mycket som tas bort, subtotal eller total. Subtotal hysterektomi betyder att endast uterus tas bort men att cervix lämnas kvar medan den totala hysterektomin innebär att även cervix tas bort (Weström et al, 1997), se bild 1. Den abdominala totala hysterektomin utförs via ett snitt i den nedre delen av buken. Operationen kan liknas med kejsarsnittets utförande. Skillnaden är att man istället för att öppna uterus tar bort den, livmodertappen och eventuellt äggstockarna, beroende på om kvinnan är i fertil ålder eller ej. Om möjligt lämnas äggstockarna för att slippa hormonella problem som skulle kräva ytterligare behandling av östrogen (Weström et al 1997).

Eftervården består av sårkontroll, kontroll av tarmfunktion, smärtlindring och mobilisering. Det är viktigt att också vara öppen för eventuella förändringar i humöret hos den hysterektomerade eftersom det kan innebära en stor omställning för henne (Almås, 2002).

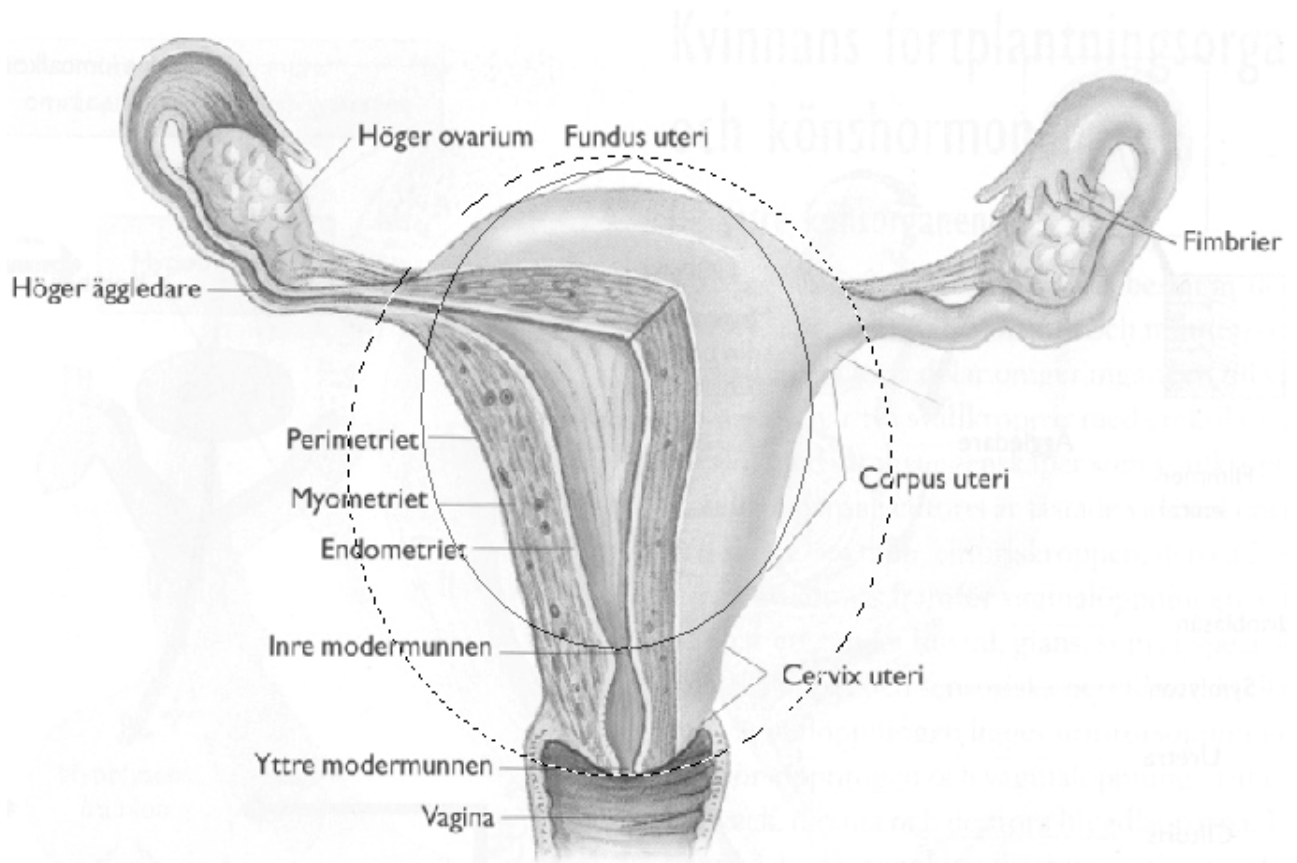


Bild 1. Den heldragna linjen visar subtotal hysterektomi och den streckade linjen visar en total hysterektomi. Efter Haug et al (2002), omarbetad av författarna.

Sjukskrivningstid

Sjukskrivningstiden beror på operationstyp och kvinnans psykiska och fysiska tillstånd. Även vilken typ av arbete kvinnan har spelar roll. Sjukskrivningen kan vara mellan 2 dagar till 2 veckor (Almås, 2002). Sjukskrivningen varierar för de olika ingreppen, abdominal, laparoskopisk och vaginal hysterektomi. Medianvärdet, enligt en årsrapport gjord på 15 av ca 50 kliniker i Sverige, var 35 dagar efter en abdominell operation, 26 dagar efter laparoskopisk operation och 28 dagar efter vaginal hysterektomi (Löfgren & Olsson, 1998).

Patienter med okomplicerat förlopp återgår oftast i arbete när den erhållna sjukskrivningen går ut. Den faktiska erhållna sjukskrivningen är i medianvärde 33 dagar för abdominal hysterektomi, 18 dagar efter laparoskopisk och 20 dagar efter en vaginal hysterektomi. Sjukskrivningstid är räknad fr o m operationsdagen. Enligt patienternas egen önskan var medianvärdet för sjukskrivningslängd några dagar längre än vad som rekommenderades i alla tre grupperna (Löfgren & Olsson, 1998).

Historia

De antika grekerna och egyptierna ansåg att en känslomässigt ostabil kvinna hade en ”vandrande livmoder”. Hippokrates t ex hade en teori om att livmodern hade flera kamrar med utlöpande tentakler. Denna teori var betrodd fram till renässansen, p g a förbudet att dissekera kroppar, då hysterektomin användes som behandlingsform för bl a hysteri och melankoli. Detta eftersom det långt in på artonhundratalet ansågs att livmodern dominerade kvinnokroppen på ett sådant sätt att den kunde orsaka galenskap hos kvinnan (Elson, 2004).

Den operationsform som historiskt användes först, var den vaginala hysterektomin. Det finns enligt Maas et al (2003) flera uppgifter om att man tog bort livmodern (uterus) väldigt tidigt i historien. Redan 120 år efter Kristus födelse utfördes en operation av Soranus av Ephesus. Soranus var en känd läkare i Ephesus och var specialist på kvinnosjukdomar. Ephesus var en stad tillhörande det gamla Romarriket. Idag tillhör denna stad Turkiet (Sutton, 1997). De operationer som gjordes på medeltiden berodde nästan alltid på utochinvänd uterus till följd av förlösning och patienterna överlevde sällan, mortaliteten var så hög som upp till 70 %. Thomas Keith från Skottland insåg faran med den dåvarande metoden och lämnade därför cervix kvar. Därmed skyddades perineum och mortaliteten sjönk till 8 % (ibid).

Det var däremot inte förrän på 1800-talet som man gjorde sin första lyckade hysterektomi. Detta berodde mycket på att det var först då som anestesi och antiseptiken var framforskad. Den första dokumenterade abdominala hysterektomin utfördes 1843 av Charles Clay i Manchester, England. Diagnosen kvinnan fått var fel och hon dog mycket snart efter operationen. Ett år senare var samme man nära att lyckas men även denna patient dog i det postoperativa skedet (Sutton, 1997). Det skulle dröja tio år innan någon lyckades med en abdominal hysterektomi. 1853 lyckades en man vid namn Ellis Burnham från Lowell, Massachusetts (ibid).

Fram till slutet på 1940-talet var den subtotala hysterektomin (bild 1) den teknik som ansågs som standard. Trots att total hysterektomi hade introducerats redan 1929, var det den teknik som var lättast att använda och gav minst risker för kvinnan eftersom man inte öppnade upp från slidan och på så sätt skyddades perineum från risken för bakteriella infektioner. Efter penicillinets upptäckt ändrades dock detta och den totala hysterektomin blev allt vanligare. Proceduren var nu säkrare och föredrogs för att minska risken för carcinom i den kvarvarande livmoderhalsen. Trots att man senare med hjälp av Smear-testet, ett cellprov som visar förändringar på cervix, kunde visa att det endast var 0,1 % risk för återfall fortsatte den totala hysterektomin att vara den vanligaste (Maas et al, 2003).

Aktuell statistik

Idag utförs enligt Maas et al (2003) både subtotal och total hysterektomi av benigna orsaker. Mellan 1988 och 1998 ökade antalet subtotala hysterektomier i Danmark medan de totala minskade i antal. Ett liknande mönster kunde ses i USA under samma tid. Där hade total hysterektomi sjunkit från 25,7 operationer per 1000 kvinnor till 20,5 operationer per 1000 kvinnor. Motsvarande siffror för subtotal hysterektomi visade en ökning från 0,16 till 0,41 operationer per 1000 kvinnor. En

anledning till den stora skillnaden i antalet mellan de olika operationsmetoderna är enligt Maas et al (2003) läkarens och patientens rädsla för recidiv (ibid).

Enligt Socialstyrelsen gjordes år 2003 ca 7500 operationer, vilka klassificerades som hysterektomi. De flesta ingrepp görs i åldern 45-49 år, ca 1300 kvinnor i denna åldersgrupp fick år 2003 sin livmoder bortopererad. Samma år var antalet 1641 för kvinnor under 45 år (Socialstyrelsen, 2005a).

I Danmark får 1/5 av alla kvinnor sin livmoder bortopererad före 85-årsålder. Åttio procent av dessa ingrepp beror på benigna åkommor. De vanligaste komplikationerna i postoperativt stadium är feber, infektion och blödning. Sena komplikationer som uppkommer inom 3 månader är från tarm, urinblåsa och slidan, vilket upplevs av ca 5 % av de opererade kvinnorna (Settnes et al, 1997).

Psykosocialt stöd och omvårdnad

Ett gynekologiskt ingrepp innebär en stor omställning för kvinnan, då det kan följas av en rad olika livsförändringar för henne som t ex nedsatt sexualitet, infertilitet och kanske i vissa fall kronisk smärta (Almå, 2002). Livmodern har beskrivits som en symbol för kvinnligheten (Le Cornu, 1999; Bergmark & Lundqvist, 2000), vilket kan vara en förklaring till varför kvinnor kan känna att de mist en del av sin kvinnlighet efter en hysterektomi.

Sjuksköterskan har en viktig roll när det gäller att stödja patienter i situationer som dessa. Vid arbete på en avdelning där kvinnor som genomgått denna typ av operation ligger för eftervård har legitimerad sjukvårdspersonal ansvar för att kunna identifiera behovet av information, stöd och anvisningar till egenvård, såväl fysiskt som psykiskt (Almå, 2002). Enligt ny kompetensbeskrivning för sjuksköterskor och barnmorskor som utkom i februari 2005 (Socialstyrelsen, 2005b), ska sjuksköterskan främja hälsa och förebygga ohälsa genom att:

”undervisa och stödja patienter och närstående, individuellt eller i grupp, i syfte att främja hälsa och att förhindra ohälsa” (s 12)

Hallström och Elander (2001) har jämfört patientens behov rankade efter sjuksköterskan och patienten själv. Resultatet visar att både patienter och sjuksköterskor anser det viktigt med kompetenta vårdgivare. Däremot ansåg sjuksköterskorna att det var viktigare med delaktighet i beslutsfattande situationer än patienterna själva ansåg. Detta berodde enligt patienterna på saknad av medicinsk kunskap. Kommunikation rankades också högre av patienter än av sjuksköterskor liksom empati, kontinuitet och kontakten mellan anhöriga och personal (ibid).

Jernberg (1994, s 57) önskade sig i sin postoperativa fas att det skulle finnas en ytterligare personalgrupp på sjukhus, beröringspersonal. En personalgrupp som hade tid att bry sig om och beröra, inte bara de rutinemässiga handpåläggningarna. Dessa människor skulle gå runt bland smärtpåverkade ”svettiga och illaluktande patienter” och ge ”meningsfull beröring”. Meriterande för dessa tjänster skulle enligt Jernberg varit; ögon som ser, kännande händer, mognad och mod, kärleksfullhet och förmåga till empati.

Hysterektomins inverkan på dagligt liv

Trötthet är en vanlig komplikation efter en hysterektomi. 74 % upplevde de första veckorna efter ingreppet en påvisbar trötthet som inverkade på det dagliga livet i form av frustration, depression, svårighet att koncentrera sig och detta ledde i sin tur till längre sjukskrivning. Tröttheten varade dubbelt så länge som den postoperativa smärtan (De Cherney et al, 2002).

Psykosociala effekter efter hysterektomi

Många kvinnor har en rädsla för gynekologiska ingrepp, ofta på grund av rädslan att bli steril. På liknande sätt kan ett bortopererande av ett fortplantningsorgan vara en känslig process. Detta, i jämförelse med lika stora ingrepp av annat slag, kan ibland upplevas som ett mer stympande ingrepp. Denna typ av ingrepp kan medföra stora förändringar i livet såsom; livsstil, familjeliv, arbete och/eller framtid (Weström et al, 1997). Vid en sådan förändring kan självkänslan svikta. Informationen inför operationen och även vilka alternativ som finns, eller inte finns, till ingreppet skall tydligt redogöras för patienten. En kunnig sjuksköterska är medveten om detta och lyhörd för signaler som patienten ger (Weström et al, 1997). En kvinna som blivit väl informerad i samband med operationen klarar påfrestningarna bättre och upplever också färre negativa konsekvenser (Almås, 2002; Spri och Medicinska forskningsrådet, 1993). Informationen bör ges vid flera tillfällen, helst i både muntlig och skriftlig form. Det rekommenderas att partner eller annan närstående skall närvara vid samtalen, liksom att ett möte med den läkaren som skall göra ingreppet anordnas (Spri och Medicinska forskningsrådet, 1993). Vid gynekologisk omvårdnad är det viktigt att se till kvinnans hela livssituation och hur hon själv upplever den. Kvinnans förhållande till sitt underliv, förväntningar och oro, inverkar mycket på hur hon klarar sin gynekologiska sjukdom och dess eventuella ingrepp (Almås, 2002). Psykiska problem kan uppstå hos en del kvinnor som genomgår en gynekologisk sjukdom. Sexuellt våld kan finnas med i en del fall. Sjuksköterskan har då en viktig roll i att vara öppen för samtal och vara varsam i sitt sätt, lyhördhet är också en viktig egenskap (Almås, 2002).

Sexuella effekter

Almås (2002) tar upp synen på de kvinnliga könsorganen enligt följande:

”De kvinnliga könsorganen har ofta varit omgivna av mystik. Det är här livets under sker, både befruktning och fosterutveckling. Både i skrift och bilder har kvinnans könsorgan framställts på olika sätt – från vacker poesi till grov pornografi. Sådant kan också bidra till att skapa otrygghet. Fördomar och okunskap gör att många kvinnor plågas av en känsla av otillräcklighet för att de har eller har haft en sjukdom i könsorganen ” (Almås, 2002, s 1012).

Förändringar i den sexuella funktionen kan påverka livskvaliteten eftersom den är en viktig del av våra liv. Både med hänsyn till förhållande och på hur vi uppfattar oss själva som individ (Katz, 2003). Katz menar att sexualiteten är en viktig del av människans hälsoaspekt men en faktor som sjuksköterskor och annan vårdpersonal gärna förbiser av olika anledningar.

Jernberg (1994) berättar om sexuella förändringar som rädsla inför samlag, smärta men framförallt att orgasmens art förändrats till något som hon kallar ”*en rätt snopen upplevelse*” (Jernberg, 1994, s 128). Hon skriver:

”Min intuitiva känsla, att livmodern är trumman som sprider budskapet i kroppens djungel, verkar stämma i mitt fall.” (Jernberg, 1994, s 128)

Skilda meningar råder dock om den mogna kvinnans sexlust Haug et al (2002) menar att sexlusten avtar hos de flesta kvinnorna efter klimakteriet. Denna åsikt delas dock ej av Kristoffersen (1998) som istället menar att många kvinnor fortsätter att ha ett aktivt och lustfyllt sexliv långt upp i åldrarna. Denna minskade sexlust kan dock avhjälpas. Aziz (2004) kom fram till att kvinnor som intog testosteron i tablettform, i högre doser än vad kroppen själv producerar, ökade sin sexlust.

Hormonella effekter

Lalos och Lalos (1990) säger att kvinnor som genomgår en hysterektomi kommer in i klimakteriet tidigare än andra kvinnor, skillnaden är ca 4 år, trots att äggstockarna lämnats kvar. Det sker nämligen ändå en ovarial insufficiens (funktionsnedsättning i äggstockarna) inom de första 2 åren efter operationen.

Äggstockarna producerar hormonerna östrogen och progesteron. Östrogen är ett samlingsnamn för de kvinnliga könshormonerna östradiol, östron och östriol. Östrogen reglerar tillväxten av kvinnans bröst, kön och kvinnliga former. Även könsdriften regleras av detta hormon. I binjurebarken och ovarierna produceras små mängder androgener (testosteron - manligt könshormon) som reglerar tillväxten av kroppshår (Haug et al, 2002).

Symtom som tyder på låg nivå av östrogen är torra slemhinnor, osteoporos, depression, muskelsmärter, ledsmärter och nattliga svettningar. Efter menopaus produceras östrogen i fettvävnad. Nikotin verkar antiöstrogen (Almås, 2002).

Genusperspektiv på hysterektomi

Att förlora sin livmoder kan kännas som att förlora en del av sin kvinnlighet (Elson, 2004; Jernberg, 1994). Elsons (2004) bok har titeln ”*Am I still a woman?*” Frågan kommer från en av de intervjuade kvinnorna i boken och är ganska talande för ämnet.

De flesta tänker inte så mycket över sin livmoder förrän de står inför krisen att förlora den. Det kan då leda till att den kvinnliga identiteten ifrågasätts. Teorin om att livmodern och äggstockarna utgör kärnan av den feminina identiteten underförstås att utan dem kan man inte ses som kvinna (Elson, 2004).

Jernberg (1994) talar om livmodern som en del av jaget och att det är rummet där kvinnligheten bor. Hennes tro grundas i en saga hennes fader berättat när hon var barn. Fadern hade sagt att det hemliga rummet var det finaste och mest värdefulla en flicka hade och det som senare skulle göra henne till kvinna. Hon talar om tiden efter operationen och om hur hon känner sig avskalad sin kvinnoroll. Känslan av att ha blivit rånad som människa, kvinna och könsvarelse är befintlig. Även en känsla av att vara fränstötande och oduglig som kvinna är närvarande. Hon säger:

”Något är förlorat som är livmodern men samtidigt är större än livmodern. Det gör tillvaron stenig och grå för det mesta” (Jernberg, 1994, s 115)

Det är dock ett måste att vara införstådd med att alla kvinnor inte är lika, bara för att de genomgått samma typ av operation. Några kvinnor känner sig amputerade på sin kvinnlighet medan andra känner sig nästintill oförändrade (Elson, 2004).

Andra faktorer som har betydelse

Settnes et al (1997) menar att utbildningsnivån styr om livmodern tas bort. Det är dubbelt så vanligt att lågutbildade kvinnor genomgår ingreppet. Hon säger även att livsstilen har en inverkan, att lågutbildade motionerar mindre och att detta i sin tur bidrar till sämre hälsa. Kvinnor med högre utbildning har en mer kritisk hållning till ingreppet och rådfrågar gärna mer än en läkare för en andra åsikt. En fråga angående arbetsmiljö är också något hon tar upp, att kvinnor med lägre utbildning får stå ut med hårdare arbetsmiljöklimat som t.ex. strålning, köld, kemiska ämnen, natt- och skiftarbete. Detta leder då till en högre frekvens av olika symtom som blödningsrubbningsar i form av störd menstruationscykel, våldsamma blödningsar och oregelbunden menstruation, vilka i sin tur ligger till grund för den ökade frekvensen av operationer (ibid).

Teoretisk referensram

Antonovsky (1991) talar om vikten av att förstå för att kunna se ett sammanhang och på så sätt bättre kunna hantera kriserna i livet. Teorin heter KASAM och det är den vi valt att knyta vår studie till.

Antonovsky (1991) ställde sig frågan; Vad är det som gör att en del människor bättre klarar av svåra påfrestningar med vidbehållen hälsa? Somliga kanske till och med växer och vidareutvecklas av påfrestningen. Svaret han kom fram till var att känslan av sammanhang hade betydelse. Begreppet KASAM myntades. Begreppet karakteriseras av att diskutera de grundegenskaper människan har för att hantera belastningar i livet med. KASAM är i sin tur indelat i tre komponenter. Dessa är: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 1991).

Att ha känslan av begriplighet betyder enligt Antonovsky (1991) att ens värld upplevs som begriplig och strukturerad, inte kaotisk och oförklarlig. Att inneha känslan av hanterbarhet står för att människan anser sig förfoga över resurser som gör att hon kan hantera påfrestningar av olika slag som kan ge stress i livet. Meningsfullhet står enligt densamma för en känsla av delaktighet och en känsla av att det lönar sig att vara engagerad. Antonovsky menar att dessa olika funktioner tillsammans gör att människan lättare klarar av påfrestningar i livet.

Antonovsky (1991) kom fram till något han kallade, generella motståndresurser (GMR). Dessa kunde vara; pengar, jag-styrka, kulturell stabilitet, kunskap/utbildning, socialt stöd och liknande. Gemensamt för dessa är att de ökar begripligheten för de stressfaktorer vi utsätts för och gör stressfaktorn mer hanterbar.

Antonovsky (1991) menar att stabilitet kan nås på olika sätt. Antingen genom att inneha en hög känsla av alla de tre komponenterna eller en låg känsla av komponenterna. Han illustrerar detta med hjälp av en tabell (Tabell 1). Med denna

tabell visar han även hur de olika komponenterna kan vara kombinerade. Anledningen till att typ 2 och 7 är ovanlig enligt Antonovsky är att det för honom förefaller självklart att hög hanterbarhet är starkt beroende av hög begriplighet. Med det menar han att det är blir svårt att uppleva hanterbarhet om världen samtidigt upplevs kaotisk och oförutsägbar. Åt vilket håll typ 3 och 6 strävar åt beror på vilken känsla av meningsfullhet den undersökta har, hög eller låg o s v. Dessa egenskaper utvecklas och förändras under livets gång och kan mätas med hjälp av färdiga frågeformulär, exempel på detta visas i Bilaga 1 (Antonovsky, 1991).

Tabell1. Dynamiska samband mellan komponenterna i KASAM.

KOMPONENTER				
Typ	Begriplighet	Hanterbarhet	Meningsfullhet	Prediktion
1	Hög	Hög	Hög	Stabil
2	Låg	Hög	Hög	Ovanlig
3	Hög	Låg	Hög	Press uppåt
4	Låg	Låg	Hög	Press uppåt
5	Hög	Hög	Låg	Press nedåt
6	Hög	Låg	Låg	Press nedåt
7	Låg	Hög	Låg	Ovanlig
8	Låg	Låg	Låg	Stabil

Efter Antonovsky (1991) s 43

SYFTE

Syftet med denna studie var att få en ökad kännedom om den opererade kvinnans upplevda kroppsliga och psykiska förändring vid hysterektomi.

Frågeställningar

Vilka förändringar upplever patienten?

Vilket psykosocialt stöd kan ges av sjukvårdspersonal och anhöriga för att underlätta för kvinnan?

Vilken grad respektive behov av kunskap finns bland patienterna?

METOD

För att besvara frågeställningen har vi gjort en litteraturstudie. Tillvägagångssättet har följt Polit et al (2001) modell för hur man kritiskt granskar tidigare studiers resultat inom ett särskilt område. För att besvara vår fråga började vi med att söka i facklitteratur, LIBRIS, vetenskapliga tidskrifter samt på Internet för att få en kunskap inom området. Därefter sökte vi i olika databaser för att få ett svar på vår frågeställning. Nedan följer en beskrivning av vårt tillvägagångssätt.

Databassökning

Databassökningen gjordes systematiskt på databaserna: CINAHL, Medline, EBSCO, Blackwell Synergy, Pub Med & Pub Med central. Anledningen till att där inte är några redovisade artiklar från CINAHL och Medline är att de hade samma artiklar som hittades i övriga databaser.

Tabell 2. Databassökning

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Använda artiklar
EBSCO HOST	Hysterectomy	Full text, article, periodical	607	0		
	AND experience		40	0		
	NOT review		35	35	9	4
Blackwell synergy	Hysterectomy (article title) AND outcomes (All text) AND subjective (All text)		58	7	4	4
Pub Med	Hysterectomy AND support AND nursing		58	10	2	1
Pub Med central	Hysterectomy NOT review		135			
		Hysterectomy in abstract, only fulltext	43	20	2	(1) 0

Inklusions - och exklusionskriterier

Kriterier som var viktiga var att artiklarna var vetenskapliga, skrivna på ett språk som vi kunde förstå, vilket innebar engelska eller något av de nordiska (danska, svenska el. norska). De skulle dessutom gå att få tag på i fulltext utan att behöva beställas eller bekostas. Dessa kriterier var viktiga då det fanns en begränsning i både tid och ekonomi. För att få så aktuell fakta som möjligt valde vi att begränsa oss till artiklar skrivna de senaste 10 åren. De artiklar där abstrakten inte motsvarade syftet eller frågeställningarna har inte lästs.

Kritisk granskning

Granskningen gjordes enligt Polit et al (2001) kriterier för en vetenskaplig artikel (bilaga 2).

Artiklarna valdes ut efter att vi tillsammans läst 72 abstract för att få en uppfattning om artiklarnas innehåll. Av dessa stämde 17 artiklar överens med det vi sökte i fråga

om metod, vetenskaplighet och ämne. Därefter valde vi tillsammans ut 10 artiklar som svarade till kraven på vetenskaplighet. Av dessa tio artiklar var där en som inte stämde in, då den var kvantitativ och främst behandlade kirurgiska biverkningar efter operationen. Resterande 9 artiklar överensstämde med vårt syfte och vår frågeställning. Dessa 9 artiklar lästes och granskades ytterligare en gång (bilaga 3).

Databearbetning och analys

Enligt Hartmans (1998) kvalitativa analytiska induktion valde vi att analysera vårt material först efter att allt material var insamlat. De 9 valda artiklarna lästes igenom var och en för sig för att inte påverkas av varandras uppfattning om innehållet. Detta gjordes för att höja validiteten och reliabiliteten i vårt resultat (Polit et al, 2001). Sedan bearbetades artiklarna utifrån syftet och frågeställningen med studien och sorterades efter olika funna teman enligt Forsberg och Wengström (2003).

ARTIKELSAMMANFATTNING

För att underlätta översikten av använt material kommer här en kort sammanfattning av varje artikel, presenterat i bokstavsordning.

Artikel 1

Dell, P och Papagiannidou, S (1999) Hysterical talk? A discourse analysis of Greek women's accounts following hysterectomy with oophorectomy. *Journal of reproductive and infant psychology*, vol. 17, NO. 4. s 391-404

Artikeln är baserad på intervjuer med 10 grekiska kvinnor som genomgått hysterektomi med ooforektomi av benigna orsaker. De berättar om sina erfarenheter, både positiva och negativa, av att ha genomgått operationen. En del av kvinnorna talar om de negativa effekter operationen haft. Teman som kommer upp är de hormonella problem som uppstått för kvinnorna i form av körningar, sömnproblem, hjärtklappningar och oro. Information om att de skulle kvarstå under en femårs period hade givits. Någon talar om saknaden av en kvinnlig kroppsdel. Däremot är det ingen av kvinnorna som anser att de haft sexuella problem efter operationen. Kvinnorna talar också om en kroppslig befrielse att bli av med sina problem och att slippa oroa sig för graviditet.

Artikel 2

Ellström, M A et al. (2003) A randomized trial comparing changes in psychological well-being and sexuality after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: s 871-875.

En randomiserad studie, som jämför 2 grupper som genomgått hysterektomi av benigna skäl, laparoskopisk och abdominal, förändringar som psykiskt välbefinnande och sexualitet, uppskattas. Studiegruppen bestod av 74 stycken varav 36 stycken som genomgått laparoskopisk hysterektomi och 38 stycken som genomgått en abdominal hysterektomi. Instrument som använts i studien är PGWB (The Psychical General Well-being Index) som mäter graden av välmående och McCoy skalan som mäter

förändringar i sexualiteten. Uppskattningarna gjordes före operationstillfället och 1 år efter. Jämförelsen gjordes mellan och mot de 2 grupperna. Resultatet av studien var att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan grupperna, men en liten skillnad till det bättre när det gällde välmående och sexualitet efter operationsingreppet för båda grupperna.

Artikel 3

Fleming, V (2003) Hysterectomy: a case study of one woman's experience. *Journal of Advanced Nursing* 44(6), s 575-582.

Denna fallstudie vill öka förståelsen för en kvinnas erfarenhet av att genomgå en hysterektomi. På detta sätt vill författaren komma närmare ämnet och den studerade en sjuksköterska. Författaren anser nämligen att det finns för mycket studier inom området som generaliserar fenomenet. I resultatet kunde man identifiera 4 olika kategorier, *tvivel* - tanken på att de inte skulle hitta något fel, *smärta* – här tar de upp problem som rör morfin pumpen och att man glömmer att trycka på den när man är nyopererad, *kroppsuppfattning* – effekten av kroppskontakt och massage tas upp under denna rubrik. Till sist *känsla av förbättring* – där den studerade tar upp de förbättringarna på hennes liv operationen haft, hon berättar att hon kunde åka snowboard bara fem veckor efter operationen.

Artikel 4

Grumann, M et al. (2001) Sexual functioning in patients following radical hysterectomy for stage IB cancer of the cervix. *International J Gynecol Cancer* 2001: 1. s 372-380.

Syftet med denna prospektiva studie var att undersöka om radikal hysterektomi för cervixcancer medför sexsvårigheter på kort sikt eller lång sikt. Urvalsgrupp var 20 kvinnor med cervixcancer. Jämförelsen gjordes med 18 kvinnor som genomgått operation p.g.a. benign orsak och 20 kvinnor som var friska. Undersökningen gjordes vid tre tillfällen, 0, 4 och 8 månader efter operationstillfället. Metod som användes var prospektivt standardiserade frågeformulär, som var analyserade med Fisher's exact test. Resultatet av studien var att radikal hysterektomi för cervixcancer ej medförde någon större sexuellpatologisk konsekvens. Eftersom de ansåg att studiematerialet var litet skulle resultatet tas med försiktighet.

Artikel 5

Meltomaa, S S et al. (2004) Hysterectomy for gynaecological cancer: A follow-up study of subjective and objective outcome. *Australian and New Zealand Journal of Obstetric and gynaecology* 2004; 44: s 214-221.

Syftet med denna studie var att uppskatta sjuklighet och subjektiva åkommor efter en hysterektomi, med eller utan borttagande av närliggande lymfkörtlar vid en gynekologisk cancer. Metoden som användes var prospektiv follow up studie, med 99 patienter. Trettioåtta patienter där man tog bort lymfkörtlarna och 61 kvinnor som endast gjorde hysterektomi. Studien är gjord i Finland, frågeformulär användes vid 2 tillfällen, 6 veckor och 1 år efter operationen. Mer än hälften av patienterna upplevde sjukdom relaterad till kirurgisk behandling. Incidensen av komplikationer och subjektiva obehag var oberoende operationstyp. I resultatet framkom att de subjektiva

klagomålen ökade från 18 % till 55 % mellan de olika undersökningstillfällena. 95 % i den ena gruppen och 92 % i den andra gruppen menade att de var nöjda med operationen. Den vanligaste komplikationen var postoperativ infektion. Liten sänkning angående välbefinnande relaterat till menopausala symptom, depression, sexuell dysfunktion och känsla av genitale prolaps.

Artikel 6

Mingo, C et al. (2000) Women's stories: Ethnic variation in women's attitudes and experiences of menopause, hysterectomy and hormone replacement therapy. *Journal of women's health och gender-based medicine. Vol. 9 Supplement 2, 2000. s 27-39*

Artikeln tar upp både problemen kring att ta beslutet att genomgå en hysterektomi, känslan efter en hysterektomi, menopausproblem och problem med hormonerersättningspreparat. Studien valde 23 fokusgrupper för att se om det fanns några etniska skillnader i attityderna till ovanstående fenomen. Alla grupperna kom från New Mexico. Flera kvinnor rapporterade att de behövde "slåss" för att få en hysterektomi. De säger att de är nöjda med sin hysterektomi och att de mår bättre efter den. Studien visar att kvinnor trots etnicitet är mycket mer lika än olika i sitt synsätt kring hysterektomi.

Artikel 7

Rannestad, T et al. (2001) The general health in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. *Scandinavian journal of caring science. vol. 15, s 264-270*

Denna artikel påvisar de positiva effekter hysterektomi kan ha för patienter som genomgått operationen på ena benigna gynekologiska problem. Syftet med studien är att evaluera om den generella hälsan förbättras för hysterektomerade kvinnor. Kvinnorna som undersöktes var 18 år eller äldre, orienterade i tid och rum och kunde kontrollera det norska språket. Antalet i denna grupp var 111 stycken. Kvinnorna testades preoperativt, 6 månader efter operationen och 12 månader efter operationen. Kvinnorna i kontrollgruppen, 173 stycken, testades bara en gång. Resultatet visar att före det operativa ingreppet är den allmänna känslan av hälsa klart sämre för kvinnorna som väntade på att bli opererade. Vid de två ytterligare kontrollerna visade det sig däremot att kvinnorna hade samma känsla av hälsa som kontrollgruppen.

Artikel 8

Williams, R D och Clark A. J. (2000) A qualitative study of women's hysterectomy experience. *Journal of women's health och gender-based medicine. Vol. 9 Supplement. 2, 2000. s 15-25.*

Syftet med denna kvalitativa studie var att frambringa kvinnors egen uppfattning av hysterektomi, ooforektomi och kirurgisk menopaus. Av de 38 kvinnor som deltog var 22 afroamerikaner och 16 var kaukasier, medelåldern var 48 år och de flesta var lågtill medelinkomsttagare. Två av de afroamerikanska kvinnorna talar om skam och berättar att de inte velat berätta om ingreppet för nya partners. De afroamerikanska kvinnorna talar också om en avsaknad av stöd och kunskap bland anhöriga och uttalar en önskan om vidareutbildning eller information om hysterektomi. Det är endast på

dessa punkter de båda grupperna skiljer sig åt i sina upplevelser. De övriga resultaten i studien visar att majoriteten kände en generell förbättring av sin hälsa.

Artikel 9

Zobbe, V et al. (2004) Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: s 191-196.

Författaren menar att effekten på sexualiteten efter en hysterektomi inte är fullständigt belyst. Framtill nyligen (2004) har endast subtotal och total hysterektomi blivit jämförda i observerbara studier. Syftet med denna randomiserade studie, som gjorts i Danmark, var att mäta effekten på sexualiteten, relaterat till längtan till sex, frekvens av samlag, frekvens av orgasm, kvaliteten av orgasm, lokalisering av orgasm, tillfredsställelse av sexlivet och dyspareunia, efter en subtotal jämfört med en total hysterektomi. Urvalsgruppen, 319 stycken, var strikt kontrollerade, med hjälp av data och enkäter i 1 års tid efter operationen. Analysen gjordes med metod ITT (intention to treat analysers). Resultatet av studien var att ingen skillnad fanns mellan de 2 olika typerna av ingrepp, man kunde heller inte se någon förändring i sexualiteten i de olika kategorierna, bortsett ifrån dyspareunia (smärta och oförmåga att känna vällust vid samlag), som var reducerad vid båda typerna.

RESULTAT

Analysen resulterade i följande fyra teman: känsla av förbättrad hälsa, sexuella förändringar, hormonella förändringar och kunskap, förståelse och stöd.

Känsla av förbättrad hälsa

I åtta av de nio artiklar som ingick i studiematerialet var kvinnorna nöjda med operationen och ansåg att deras livskvalitet hade förändrats till det bättre.

Mingo et al (2000) visar i sitt resultat en radikal förbättring där kvinnorna uttrycker en ökad livskvalitet. Detta trots att nya problem som värmevallningar hade tillkommit hos en del. En del av dessa kvinnor hade fått vänta länge, flera år ibland, för att få en operation, detta sänkte välbefinnandet rejält menade Mingo et al (2000). Rannestad et al (2001) visar med sin studie att redan 6 månader efter operationen ses hos majoriteten resultatet av en bättre generell hälsa. I studien är den signifikant lika med kontrollgruppens upplevelse av hälsa. Av dem som inte upplevde en förbättring uppgav 80 % att de hade andra saker i sin omgivning som hade negativ effekt på deras liv. Exempel på de övriga problem som uppgavs var problem inom familjen (ibid). Ytterligare studier (Williams & Clark, 2000; Dell & Papagiannidou, 1999) visar på liknande resultat, här talar kvinnorna om befrielse från sjukdomssymtom. Detta uttrycker även Zobbe et al (2004). Kvinnorna i två av studierna (Williams & Clark, 2000; Dell & Papagiannidou, 1999) talar också om en lättnad över att slippa oro för cancer. Ellström et al (2003) har jämfört olika operationsmetoder men visar att både de kvinnor som genomgick en laparoskopisk hysterektomi och de som genomgick abdominal hysterektomi hade en signifikant känsla av förbättring. Förbättringen gällde välbefinnandet 1 år efter operationen. Fleming (2003) visar

också en snabb förbättring och förtäljer om en snowboardsemester en kvinna kunnat genomföra redan 5 veckor efter operationen.

Williams och Clark (2000) visar också att ju större problem kvinnorna hade före hysterektomin desto nöjdare var kvinnorna efter operationen. Kvinnor i Dell och Papagiannidou (1999), uttrycker samtidigt en känsla av saknad av sin livmoder. En kvinna i denna studie berättar att hon lider väldigt för ärret på sin mage och att hon varken kan röra det själv eller ens tillåta sin make röra det. Hennes make däremot förstår inte vad hon menar och anser absolut inte ärret vara fränstötande på något sätt (ibid).

Meltomaa et al (2004) är den som skiljer sig något från de övriga resultaten. De menar att mer än hälften av patienterna upplevde sjukdom relaterat till den kirurgiska behandlingen. Postoperativ infektion var den vanligaste komplikationen bland cancersjuka patienter som genomgått en hysterektomi. Därtill visar de också att kvinnor som genomgår en operation där man dessutom tar bort lymfkörtlarna, lider 3 gånger högre risk att få en komplikation än den övriga gruppen. Majoriteten, 95 % av dem som tog bort lymfkörtlarna och 92 % av de övriga, var ändå nöjda med operationen. Första veckan efter operationen behövde 80 % hjälp med de dagliga aktiviteterna (ADL). Subjektiva komplikationer som menopausala symtom, depression, sexuell dysfunktion och känslan av genitale prolaps ökade från 18 %, 6 veckor efter operationen, till 55 % vid den andra mätningen 1 år efter operationen (Meltomaa et al, 2004).

Sexuella förändringar

Resultaten under detta tema är något mer motsägelsefullt och pekar både på ett förbättrat och oförbättrat sexliv.

Majoriteten av kvinnorna (Williams & Clark, 2000; Dell & Papagiannidou, 1999) berättar att de efter operationen har ett bättre sexliv. De kan nu njuta mer av samlag och de behöver inte längre oroa sig för graviditet. De få som inte känner likadant i Williams och Clark (2000) berättar istället om känslor av motsatt karaktär som oro för sitt sexliv och en oförmåga att bli gravid. Man kan även möta ord som oro i Dell och Papagiannidou (1999) där kvinnor uttrycker att de känt oro för sitt sexliv, men säger att när det var dags, hade de inte haft några sexuella problem.

Grumann et al (2001) visar att cancerpatienter har högre frekvens av samlag än patienter som lider av gynekologisk sjukdom av benign orsak. Denna grupp har även mer sex än de som är ”friska”. Det finns ingen ökad sexuell tillfredställelse efter ingreppet i någon av de undersökta grupperna i denna studie. Även en minskning av masturbation och petting kan ses efter operationen i båda grupperna. Hos cancersjuka patienter sker en stadig minskning vad gällande sex efter en hysterektomi. Däremot ses en stadig förbättring i sexlivet bland dem som genomgår ingreppet av benigna skäl. Hysterektomi för cervixcancer innebär inte någon större sexuellpatologisk konsekvens (ibid).

I andra studier har man jämfört effekterna av de olika operationsteknikerna. Ellström et al (2003) visar att de som genomgått ett laparoskopiskt ingrepp upplever lika bra

sexuell hälsa som de som genomgått en abdominal operation. En liten förbättring sexuellt kunde även ses efter ingreppet i denna studie. Zobbe et al (2004) har undersökt skillnaderna mellan de två abdominala operationsteknikerna och resultaten visar följande; Varken de som blir opererade med totalabdominal hysterektomi eller de som gör en subtotal abdominal operation upplever någon skillnad angående längtan till sex, frekvens av samlag, frekvens av orgasm, kvaliteten av orgasm, lokalisering av orgasm och tillfredsställelse av sexlivet. Innan ingreppet upplevde 31.7 % dyspareunia. Tolv månader efter ingreppet minskade den sexrelaterade smärtan betydligt. Upplevelse av orgasm var bestående både före och efter operationen (ibid).

Hormonella förändringar

Hormoner var ett återkommande samtalsämne i artiklarna och åsikterna var många och skiftande. Antingen var det något nödvändigt ont, en efterlängtdad befrielse eller något man absolut inte ville ha.

Kvinnorna i Mingo et al (2000) berättade om hormonella problem som värmevallningar, vilka hade uppstått efter operationen. En kvinna berättar att hon gärna velat ha hormoner om hon hade blivit erbjuden det. En annan kvinna säger att hon haft värmevallningar sedan sin hysterektomi operation, för över 33 år sedan, trots behandling. De kvinnor som fått hjälp av hormoner säger att om de inte blivit hjälpta hade de varit beredda att prova vad som helst. För många av kvinnorna fungerade hormonterapi framgångsrikt, snabbt och utan bieffekter (ibid). Några kvinnor i Williams och Clark (2000) uttalar lycka över att de nu äntligen kan få hormonterapi för sina övergångsproblem, vilket tidigare varit kontraindicerande p g a deras fibrom. Dessa kvinnor använder sig av ord som underbart och befriande när de talar om hormonterapi. De flesta kvinnorna i denna studie såg dock hormonterapi som något dyrt och onaturligt som de klarade sig utan (ibid). Ytterligare problem, relaterade till hormoner, som kommer upp är problem att sova, som i sin tur ledde till yrsel, nära till gråt och hjärtklappning (Dell & Papagiannidou, 1999). Zobbe et al (2004) kom fram till att det var betydligt fler av dem som genomgår en subtotal abdominal hysterektomi som tar bort äggstockarna, i jämförelse med dem som gör en totalabdominal hysterektomi. Detta i sin tur ledde till ett ökat behov av hormonterapi.

Grumanns et al (2001) resultat visar att av de kvinnor som genomgått hysterektomi av maligna skäl var det ovanligare att man använde sig av hormonterapi än bland dem som genomgick operationen av benigna skäl.

Kunskap, förståelse och stöd

En del av de resultat vi fick, tydde på en saknad av kunskap om kvinnokroppen vilket ledde till att det blev svårare att förstå de komplikationer som uppstod i samband med operationen.

Mingo et al (2000) visade på en rädsla inför operationen vilket kunde härledas till okunskap. Många av kvinnorna uttryckte dessutom efteråt en förvåning över att hysterektomi operationen hade orsakat menopaus. Studien visade att de deltagande kvinnorna hade en låg kännedom om sina kroppar. Ett exempel på detta var att de

berättade att när de fick sin menstruation för första gången inte visste vad det var som hände. Ett ytterligare exempel är också när de berättar att de inte själv förstod att de var gravida, utan att det var deras mödrar som först konstaterade graviditeten. En kvinna berättar att hon frågat sin moder om de symtom hon kände, värmevallningarna, och om hennes moder visste vad det var, men att hon då inte hade fått något svar. Trots kvinnornas egna erfarenheter var det ingen av dem som ännu talat med sina döttrar angående menopaus. I en av studiegrupperna, Navajogruppen, var det ingen som visste vad hormonersättningsterapi var för något (Mingo et al, 2000).

Williams och Clark (2000) beskriver i sin artikel om afroamerikanska kvinnors situation när de står inför valet att genomgå en hysterektomi. Det som bekymrar och oroar dessa kvinnor mest är uppfattningen männen i deras omgivning har om operationen. En man försökte övertala sin dotter att avstå operationen då han menade att ingen man någonsin skulle vilja ha en stympad kvinna. Då dottern var ensamstående moder ansåg hennes far att det var viktigt att finna en ny make. Det var en vanlig åsikt att den hysterektomerade kvinnan sågs som stympad bland de afroamerikanska männen. Detta i sin tur ledde ofta till att kvinnorna stod ut med sina besvär längre än nödvändigt och kände oro och rädsla inför operationen. Kvinnorna i denna grupp önskade att deras anhöriga hade fått mer utbildning om operationen (Williams & Clark, 2000). Att ha någon bredvid sig genom processen påverkar positivt visar även en annan studie (Fleming, 2003). Då kvinnan har svårt att komma ihåg all information själv är det bra att ha någon som stödjer en i processen. Exempel följer; Trots smärtan glömmer patienten att sätta på morfinpumpen som skall reducera tidigare nämnda. Närstående hjälper till att påminna. Känslan av stöd leder till ett fortare tillfrisknande (ibid). Något annat som kan vara relevant är det Meltomaa et al (2004) har kommit fram till i sin studie att informationen som ges före operationen är lättare att ta till sig än den som ges efteråt.

DISKUSSION

Diskussionen är uppdelad under metod- och resultatdiskussion. Metoddiskussionen klargör bl a bristerna i litteraturstudiens genomförande och resultatdiskussionen resonerar kring de resultat vi kommit fram till samt väger dem emot vår bakgrundinformation och den valda teoretiska referensramen.

Metoddiskussion

Vårt intresse var att ta reda på de subjektiva förändringarna kvinnorna genomgick efter en hysterektomi, för att få en kännedom om vilket stöd dessa kvinnor kan behöva. Vi valde att göra en litteraturstudie med anledning av de problem vi trodde skulle dyka upp inom detta område vid en empirisk studie. Framförallt med att finna ett intervjuunderlag. En litteraturstudie bygger på tidigare forskning inom ett visst område, den är baserat på andra forskares material och författarna bör därför alltid hålla sig kritiska till det resultat som framkommer. Vi valde att granska våra artiklar med hjälp av Polit et al eftersom detta var den mall vi var mest förtrogna med man kunde ha gjort flera granskningar av och då använt andra metoder och på så sätt höjt validiteten men detta var inte något som anammades eftersom det förbisågs.

Vi valde att titta på studier som var kvalitativa och där undersökningar som intervjuer, enkäter och frågeformulär ingick. Detta eftersom vi ville få fram den enskilda individens självupplevda erfarenheter kring hysterektomi. I början var vår litteratursökning ganska bred och sökordet hysterektomi användes på både svenska och engelska. Vi sökte på Internets olika söksidor som bl a google.se. Det fanns mycket skrivet och vi förstod att det var ett vanligt ingrepp. Många privatpersoner som genomgått en hysterektomi hade sina egna hemsidor där de ville dela med sig av sina erfarenheter. Detta gav oss en insikt i ämnet.

Vi fann artiklar till resultatet i flera databaser Pub Med, Blackwell Synergy och EBSCO och har på så sätt breddat vår källa. Nivån på artiklarna har enligt Polit et al (2001) varit god. Vi valde bort alla review artiklar med tanke på att vetenskapsnivån i dessa inte kunde mätas. Bland dessa återstående fann vi genomgående teman som handlade om välbefinnandet, sexualitet, stöd och kunskap. Begreppet kunskap hör ihop med förståelse enligt sociologen Antonovsky. Detta ledde till valet av referensramen KASAM som enligt oss är relevant i frågan om hur man hanterar en sådan förlust som en hysterektomi kan innebära för individen.

Vi valde artiklar med ett brett globalt perspektiv för att på så sätt få en bredare aspekt på vårt resultat. I våra frågeställningar har vi även frågan om vilket stöd som kan ges till dessa patienter? Dessvärre fick vi bara ett exakt svar i vårt resultat som även det är något diskutabelt eftersom studien handlar om *en* kvinnas erfarenhet och är skriven av *en* forskare. Den visar däremot upp resultat som är intressanta för vårdpersonal och artikeln i övrigt höll för vår vetenskapliga granskning. Det hade dock varit ett intressant område att göra en empirisk studie på.

En begränsande faktor för oss i vårt arbete var att många av de artiklar som vi ansåg passa bäst till vårt syfte inte gick att få tag på gratis i fulltext. Kanske hade de gått att hitta på annat sätt om tiden hade tillåtit och då kanske både vinklingen och resultatet blivit annorlunda. Detta kan bero på vår begränsade vana att söka och granska artiklar, vilket i övrigt också kan ha avspeglats på resultatet.

Syftet vi hade från början var mycket bredare än det resultat vi fick. Vi inriktade inte oss på en speciell åldersgrupp, det var inte heller vår avsikt att förstå känslan av barnlöshet. Syftet var att se kvinnans upplevelse oberoende hennes ålder. Vi bearbetade materialet utifrån Polit et al (2001). För att vara så objektiva som möjligt valde vi att bortse ifrån vår förförståelse i största mån även om vi är medvetna om att det är omöjligt att göra det helt och hållet.

En tanke vi kom fram till avslutningsvis var att vi nog skulle ha begränsat sig ytterligare för att få fram ett intressantare och mer talande resultat. Skulle vi göra om uppsatsen igen hade vi nog valt att begränsa oss till att studera kvinnor som genomgått en hysterektomi av benigna skäl. Vi tror nämligen att resultatet blivit något annorlunda då och hade även varit mer intressant ur ett genusperspektiv.

Resultatdiskussion

Vi har valt att dela upp diskussionen under de teman vi funnit i vårt resultat.

Känsla av förbättrad hälsa

Många människor överlever och kan klara sig bra trots en väldigt hög stressbelastning. Antonovsky (1991) försöker lösa mysteriet med hur och varför människor påverkas olika i förhållande till stressfaktorer. Att ställas inför en krissituation, som hysterektomi kan innebära, leder till ett spänningstillstånd som måste hanteras. Resultatet av spänningsbelastningen avgörs av hur skicklig hanteringen är av denna spänning. Det kan variera från sjukdom till hälsa eller något däremellan (Antonovsky, 1991). Men kan kanske förutsägas efter genomfört KASAM-test (Bilaga 1). Alla våra resultat pekar dock på att majoriteten av kvinnorna är nöjda efter genomgången operation. Ska man se lite närmare på detta kan det konstateras att kvinnorna i vårt studiematerial tidigare hade gynekologiska besvär, antingen benigna eller maligna. Dessa kvinnor har med andra ord haft en stor anledning att genomgå operationen och borde därför känna en högre grad av hälsa efteråt. Meltomaa et al (2004) menar att trots denna belåtenhet visade sig komplikationer som menopausala symptom, depression, sexuell dysfunktion och känsla av genitalprolaps, öka. Dessa komplikationer tar även Elson (2004) och Jernberg (1994) upp när den postoperativa fasen diskuteras. Jernberg (1994) skildrar smärta efter samlag, depressionen över förlusten av sin livmoder. Denna förlust känsla återfinns i Dell och Papagiannidou (1999). Många kvinnor i Williams och Clark (2000) uttrycker snarare depression före än efter operationen. Detta berodde ofta på de fysiska problem som kvinnorna hoppades skulle elimineras med ingreppet. Efter operationen var det dock inte ett aktuellt samtalsämne. Detta kan tolkas som att symtomen försvunnit, men kan också tolkas som att de inte blev tillfrågade. En ytterligare negativ del i denna studie (ibid) var att man inte kände till deltagarnas psykiska bakgrund, då detta kan ha en stor betydelse för det kommande resultatet.

I tre studier (Williams & Clark (2000); Dell & Papagiannidou (1999); Zobbe et al (2004)) kände kvinnorna generellt en befrielse från sjukdomssymtom. Det kan kanske ses som självklart för utförandet av operationen, men tidigare forskning visar att operationen kanske inte alltid vägts emot alternativa behandlingar. Detta kanske har lett till att ingreppet utförts lite väl lättvindigt (Elson, 2004).

Mingo et al (2000) och Rannestad et al (2001) menar att trots nya problem, som värmevallningar tillkommit, känner kvinnorna en ökning gällande hälsan. Elson (2004) visar dock med sin studie att dessa upplevelser är individuella och ej bör generaliseras.

Rannestad et al (2001) menar att i de fall då normal hälsolivå ej uppnåtts, pekar detta resultat på att andra problem än hysterektomi i sig spelat roll, som t ex familjelivet. Dessa resultat kan diskuteras mot Antonovskys teori om känsla av sammanhang. Där menar Antonovsky (1991) att det måste finnas en känsla av sammanhang för att klara av svåra påfrestningar. Denna känsla saknas då personen inte kan urskilja det egentliga problemet som är ytterligare stressfaktor i form av andra problem eller kanske inte har ett stöd av sin omgivning.

I Meltomaa et al (2004) upplevde hälften av kvinnorna sjukdom relaterat till den kirurgiska behandlingen. Detta framkom i den tidiga undersökningen, som gjordes 6 veckor efter operationen. Resultatet kan härledas till det postoperativa stadiet då utmattningskänsla är ett vanligt symtom enligt DeCherney et al (2002). Denna trötthet kan i sin tur leda till en känsla av sjukdom. Detta styrks då 80 % behövde hjälp med ADL första veckan efter operationen (Meltomaa et al, 2004). Ingreppet i sig kan jämföras med vilken annan abdominal operation som helst då smärtor i magregionen ofta uppstår (Almås, 2002). Dock ska ej fullständiga paralleller dras mellan en allmän abdominal operation och en hysterektomi. Eftersom det visat sig att den psykiska påverkan kan vara stor vid en hysterektomi (Almås, 2002; Elson, 2004; Jernberg, 1994; Weström, 1997). Även detta är individuellt (Elson, 2004). Vilket senare kan visa sig i att de planerade sjukskrivningstiderna inte räcker till för alla (Almås, 2002; Löfgren och Olsson, 1998).

Kvinnorna uttrycker även lättnadskänslor över att slippa oro för cancer (Williams och Clark, 2000; Dell och Papagiannidou, 1999) Denna känsla är dock nästintill obefogad då endast 0,1 % löper risk för återfall (Maas et al, 2003).

En kvinna lider dock över ärret på magen och vill inte bli sedd (Dell & Papagiannidou, 1999). Jernberg (1994) talar om liknande känsla och att det är svårt att känna sig åtråvärd. Vissa feminister skulle kanske anse denna kroppsfixering banal och obefogad. Detta till trots bör denna känsla inte negligeras.

Flemmings studie hamnar lite utanför vårt övriga resultat men tar upp bemötandet mellan sjukvårdspersonal och patient vilket vi ansåg intressant och viktigt det var även en del av vår frågeställning. Även om hon också talar om en hastig förbättring. Resultatet i denna fallstudie måste dock diskuteras eftersom den är utförd av en ensam forskare. Anledningen till att denna studie gjordes var dock att fördjupa sig och jämföra en enskild individs känsla mot tidigare generaliserande forskning. Därför ansåg vi denna studie intressant även i vårt syfte.

Sexuella förändringar

Fördom om att sexlivet efter hysterektomi skulle vara sämre rådde. Detta var intressant då författarna stötte på ett resultat som inte stämde överens med det (Williams och Clark, 2000; Dell och Papagiannidou, 1999; Grumann et al, 2001; Ellström et al, 2003). I Ellström et al (2003) studie görs dock bara en jämförelse mellan ingreppen laparoskopisk operation och abdominal operation. Men även i detta resultat visas en liten förbättring generellt i de båda grupperna. Grumann et al (2001) studie visar att cancersjuka patienter har en liten sänkning vad gällande sexfrekvensen, medan de som genomgår ingreppet av benigna skäl har en ökning. Katz (2003) verifierar dessa resultat då hon skriver att det ofta sker en förbättring i sexlivet efter en hysterektomi.

Att det uttrycks en oro över sexlivet och rädsla inför första sex akten är inte ovanligt och ses i Williams och Clark, (2000) och i Dell och Papagiannidou (1999). Detta stötte vi även på i Jernberg (1994) när hon berättar om att hon skjuter sitt möte på framtiden så länge som möjligt för att inte behöva hantera en eventuell misslyckad rendezvous med sin älskade. Ordet hantera leder in på hanterbarhet som Antonovsky (1991) tar upp i sin teori. Han menar att för att få en ökad hanterbarhet över

situationen krävs en högre kunskap (ibid). Detta hade kanske kunna ges med hjälp av mer information om sexuell hälsa. Enligt Katz (2003) har det dock visat sig att sjuksköterskor och annan vårdpersonal gärna förbiser vikten av att informera patienterna om sexuell hälsa, antagligen för att det är för generande.

Elson (2004) tar upp att förmågan att känna sig sexuellt attraktiv hänger ihop med hur man identifierar sig själv som en sexuell varelse. Vissa i hennes studie menar att de nu fick ett bättre och mer frekvent sexliv efter operationen eftersom de numera inte behövde oroa sig för graviditet. Det stödjer det som Williams och Clark, (2000) och Dell och Papagiannidou (1999) kom fram till när kvinnorna sade sig ha fått en ökad njutning för att de nu slipper oroa sig för graviditet. I Williams och Clark, (2000) fanns även ett motsatt resultat som visade en kvinna som var sorgsen över att inte längre kunna bli gravid. Detta kan nog vara en normal sorgprocess som ska genomgåas om man gjort operationen i yngre ålder som i de flesta fall är övergående (Elson, 2004).

Minskning gällande masturbering och petting efter operationen kan ses i Grumann et al (2001) detta kan tyda på en minskada sexuell lust och skulle då kunna bero på oron som kommit fram i tidigare resultat. Att man inte längre ser sig själv som en sexuell varelse och känner sig stympad som Jernberg (1994) tar upp skulle kunna vara en annan anledning. Man ska inte heller glömma bort att det i vissa situationer kan vara svårt att svara på frågor rörande sex och masturbering och har att göra med hur trygg den intervjuade känner sig i intervjuarens sällskap. Lusten kan kanske också minskas av de otillräcklighetskänslor som enligt (Almå, 2002) kan uppstå efter en sjukdom i fortplantningsorganen. Det finns dock hjälp att tillgå i form av hormonbehandling, innehållande testosteron, vilket återställer den sexuella lusten (Aziz, 2004). Att mäta lust kan vara svårt. Katz (2003) lyfter fram resultat som visar att kvinnor har sex trots olust. Det går inte att mäta lust i form av samlagsfrekvens.

Upplevelse av orgasm var oförändrad enligt Zobbe et al (2004). Detta styrks inte av Jernbergs (1994) uppfattning om orgasm efter operationen. Då hon kallar sin orgasm, en snopen upplevelse eftersom livmodern (trumman) i hennes fall spred orgasmen i kroppen. Ingen skillnad efter operation vad gällande total abdominal eller subtotal abdominal hysterectomi, relaterat till sexuellhälsa kunde ses (Zobbe et al, 2004). Detta ansåg vi något förvånade då man förändrar slidans anatomiska utformning vid en total hysterectomi. Exaktheten i dessa resultat kan dock diskuteras eftersom mätningarna ofta är gjorda på ett sätt som kan ifrågasättas (Katz, 2003).

Hormonella förändringar

Hormonella symtom är ett genomgående tema som diskuteras i vårt studieresultat (Dell och Papagiannidou, 1999; Meltomaa et al, 2004; Mingo et al, 2000; Williams och Clark, 2000). Kvinnorna uttrycker sina besvär med mycket känsla och inlevelse (Mingo et al, 2000). Kvinnorna lider av sömnproblem, vilket leder till yrsel, gråtmildhet och hjärtklappning (Williams & Clark, 2000). De flesta ingrepp görs enligt Socialstyrelsen (2005a) i åldern 45- 49, en ålder då kvinnan vanligtvis gör ett inträde i klimakteriet. Åldern på kvinnorna i studiematerial är i genomsnitt mellan 40-50 år vilket betyder att de är något yngre. Det kanske ändå kan vara svårt i vissa fall att veta om det är ingreppet i sig som gör att kvinnan går in klimakteriet, eller om det är det naturliga förloppet. Lalos och Lalos (1990) skildrar dock att kvinnan går in i

klimakteriet 4 år tidigare än vad som anses normalt, trots att äggstockarna lämnats kvar vid ingreppet. Det tyder på att livmodern och äggstockarna har ett samspel vad gällande den naturliga process som sker då kvinnan går in i klimakteriet. Oavsett bör kvinnan få en så tillräcklig information som möjligt så att ett möjligt alternativ tydliggörs och är henne tillhands (Almás, 2002). Mingo et al (2000) visar ett motsägande resultat i att det inte är en självklarhet att hormonterapi erbjuds i samband med ingreppet.

Det råder skilda meningar om hormonterapi i Mingo et al (2000). Något som framkommer är bl a att trots hormonbehandling, kvarstår klimakteriebesvären. Andra kvinnor i samma studie upplever dock hormonbehandling positivt och utan biverkningar (ibid). Ytterligare uttryck som framkommer i resultatet angående hormonterapi är; befriande och underbart (Williams & Clark, 2000). Dessa skillnader kan förklaras med att det är väldigt individuellt hur kvinnan svarar på den medicinska behandlingen och hur hon upplever sin klimakterieövergång. Ett bevis för skilda behov var de kvinnorna som sa att besvären var så jobbiga att de hade varit beredda att prova allt om de inte fick hormonterapi en fungerande hormonterapi (Mingo et al, 2000).

En skillnad i synen på hormonterapi kan ses, då vissa anser att det är dyrt, onaturligt och inget behövligt (Williams & Clark, 2000). Att det är dyrt kan förklara varför kvinnorna även tycker att det är något som är obehövligt. Settnes et al (1997) menar att det är dubbelt så många lågutbildade kvinnor som genomgår operationen, kan det då i sin tur vara så att dessa kvinnor faktisk inte har råd med hormonbehandling? Eller är det som Antonovsky (1991) menar att man finner ett stöd i sin kunskap, sitt sociala nätverk och i sin kultur t ex och att detta i sin tur ger styrka till att hantera dessa problem.

Kvinnor med benign sjukdom använder sig av hormonterapi mer än de som lider av malign sjukdom (Grumann et al, 2001). Den naturliga förklaringen till detta är att hormonterapi har en kontraindikation vad gällande exempelvis fibrom (Williams & Clark, 2000). Zobbe et al (2004) kommer fram till att kvinnor som gör subtotal hysterektomi oftare tar bort äggstockarna än de som gör en total hysterektomi. I de fall där äggstockarna tas bort blir behovet självklart större eftersom den egna hormonproduktionen avbryts abrupt. Lalos och Lalos (1990) menar att alla som genomgår en hysterektomi går in i klimakteriet tidigare. Detta innebär egentligen bara samma övergång som den friska kvinnan genomgår fast något snabbare och då är behovet av hormoner väldigt individuellt (Elson, 2004). Att det skulle ske en nedsättning vad gällande sexlusten p g a låg nivå av östrogen bland de hysterektomerade kvinnorna, var något som kom fram i vår bakgrund (Haug et al, 1998) detta är inte något som fått belägg i vårt resultat.

Kunskap, förståelse och stöd

En del av de resultat so framkom visade på en saknad av kunskap. Detta kunde betyda att kunskapen inte fanns bland kvinnorna, men även bland deras anhöriga. Detta i sin tur ledde till en minskad förståelse, vilket kan härledas till KASAM.

Rädsla för operationen uttrycks i Mingo et al (2000) och Fleming (2003). Detta kan bero på en saknad känsla av begriplighet över situationen enligt Antonovsky (1991).

Denna obegriplighet leder då till en minskad tillit till ens inre och yttre omvärld vilket skulle härleda till en ökad oro. Antonovsky's generella motståndsrresurser (GMR) är faktorer som hjälper en att klara dessa belastningar. Genom att öka begripligheten för de stressfaktorer vi utsätts för och gör stressfaktorn, i detta fall operationen, mer hanterbar. Detta kan förutspås och avhjälpas om vårdpersonal har tillgång till patientens grundstatus, vilket kan fås av KASAM's livsfrågeformulär (bilaga 1) (ibid).

Den okunskap som fanns i Mingo et al (2000) om att hysterektomi ledde till menopaus var en förvånande upptäckt som får en att fundera över om läkarna på det opererande sjukhuset inte pratade med sina patienter överhuvudtaget. Almås (2002) talar om konsten att kunna avläsa patientens behov av information och stöd. Det kan bara konstateras att detta ej fungerat i dessa fall. Denna studie (Mingo et al, 2000) innehöll flera liknande svar, bl a var det ingen som visste vad hormonterapi var i Navajogruppen. Det visade sig också att kvinnorna i allmänhet hade en låg kännedom om sina kroppar (Mingo et al, 2000). Antonovsky menar att det krävs en förståelse för att se ett sammanhang, det vill säga man måste nå kunskap för att förstå. Om man inte förstår blir omgivningen kaotisk och ohanterbar. Då kan det bli svårt att klara av en kris som en hysterektomi faktiskt kan innebära. Detta visar Meltomaa et al (2004) när de undersökt om information före ingreppet haft bättre effekt än efter, resultatet visar på ett snabbare tillfrisknade vid information före ingreppet.

Att information är viktigt visar fler studier. Kvinnorna i Williams och Clark (2000) uttrycker även en önskan om information till de anhöriga för att själva bli hjälpta i sin oro. De skulle då kanske lättare få stöd från sina respektive och närstående. Denna studie visade nämligen att vissa afroamerikanska män hade svårt att acceptera hysterektomi av benigna skäl. Detta eftersom de ansåg att kvinnligheten försvann med borttagandet av livmodern. Det visade sig vara väldigt svårt i denna studie att besluta om hysterektomi trots stort lidande bland kvinnorna. På grund av en oro att inte passa in i sin kvinnoroll avstod många kvinnor under en längre tid att opereras. Detta ledde till onödigt lidande enligt Williams och Clark (2000). Katz (2003) lyfter även hon fram sjuksköterskans viktiga utbildande och informerande roll. Detta styrker Almås (2002) och Spri och Medicinska forskningsrådet (1993) då de säger att en välinformerad patient klarar påfrestningar bättre och upplever färre negativa effekter.

En fin kontrast till ovanstående studie är det stöd denna kvinna får (Fleming, 2003). Fleming (2003) visar bl a på behovet av stöd sin en mans studie där man följer den studerade och hennes respektive genom den pre- och postoperativa fasen. Här kan man se både tillit och stöd när maken hjälper till att ta in all information som ges och även stödjer i smärtlindringen då kvinnan glömmer bort sin morfinpump. Spri och Medicinska forskningsrådet (1993) rekommenderar att partner eller annan närstående närvar vid informationstillfällen. Detta är något man önskar mer tillämpning av i sjukvården.

Bifynd

Kulturella skillnader. Något som diskuterades och undersöktes i två av de artiklar vi hade med i vårt resultat (Mingo et al, 2000; Williams och Clark, 2000). Deras resultat visar dock att likheterna är större än skillnaderna. Där var ändå ett par punkter som drog till sig vår uppmärksamhet. Dessa var att man i de båda studierna utförde en kamp om att undvika operationen och att man oftare hyste en inre saknad av tillit för sjukvården. De kunde till exempel hellre försöka sig på andra läkekonstmetoder än sina jämförelsegrupper. I Mingo et al (2000) berättar de sydamerikanska kvinnorna om hur de först försökt med örtmediciner de fått av någon helig man, två kvinnor berättar även om positiva resultat. I Williams och Clark (2000) kan man läsa att afroamerikanska kvinnor oftare sökte spirituellt hjälp av meditation och böner än de vita kvinnorna i studien.

Framtida värden och vidare forskning

Vi hoppas med denna studie kunna skänka ytterligare ljus på hur det kan vara att genomgå en hysterektomi och att det in sin tur ska underlätta bemötandet mellan kvinnorna i denna situation och vårdpersonalen som möter dessa. Detta för att förbättra tagandet av den stödjande rollen som ingår i sjuksköterskeyrket Vi anser dock att det saknas forskning där man utvärderat sjuksköterskans roll och ser fram emot en ändring inom detta område.

Slutsats

Det är viktigt att se varje kvinnas enskilda upplevelser som just enskilda och inte generalisera. Många kvinnor upplever sig själva som oförändrade efter operationen. Vårt resultat visade dock på en allmän sexuell och fysisk förbättring. Den enda experten på hur man känner sig är kvinnan/patienten själv. Därför bör man inte vara rädd för att fråga och visa intresse för individens självupplevda erfarenheter.

REFERENSER

- Almås, H (2002) *Allmän omvårdnad del 1 och 2*. Stockholm: LIBER
- Antonovsky, A (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur
- Aziz, A (2004) Prophylactic oophorectomy at elective hysterectomy; Effects on sexuality and psychological wellbeing. *Department of obstetrics and gynaecology*. Göteborgs universitets-bibliotek, ISBN: 91-628-6354-1.
- Bergmark K & Lundqvist E (2000) Sexuallitet efter behandling av gynekologisk cancer I: Sorbe, B och Frankendal, B (Red) *Gynekologisk onkologi*. Lund: Studentlitteratur
- DeCherney, A H, Bachmann, G, Isaacson, K och Gall, S (2002) Postoperative fatigue negatively impacts the daily lives of patients recovering from hysterectomy. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. Vol. 99. Nr. 1. s 51-57
- Dell, P och Papagiannidou, S (1999) Hysterical talk? A discourse analysis of Greek women's accounts of their experience following hysterectomy with oophorectomy. *Journal of reproductive and infant psychology*, vol. 17, Nr. 4. s 391-404
- Ellström, M A, Åström, M, Möller, A, Olsson, J-H och Hahlin, M (2003) A randomized trial comparing changes in psychological well-being and sexuality after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: s 871-875.
- Elson, J (2004) *Am I Still a woman?: Hysterectomy and gender identity*. Philadelphia: Temple University Press
- Faxelid, E, Hogg, B, Kaplan, A, Nissen, E (2001) *Lärobok för barnmorskor, andra upplagan*. Lund: Studentlitteratur
- Fleming, V (2003) Hysterectomy: a case study of one woman's experience. *Journal of Advanced Nursing* 44(6), s 575-582.
- Forsberg, C och Wengström, Y (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur
- Grumann, M, Robertson, R, Hacker, N F och Sommer, G (2001) Sexual functioning in patients following radical hysterectomy for stage IB cancer of the cervix. *International Journal of Gynecology Cancer* 2001; 1: s 372-380.
- Hagenfeldt, K, Brorsson, B, och Bernstein, S. J.(1995) *Hysterectomy ratings of appropriateness*. Stockholm: SBU 125 E.

- Hallström, I och Elander, G (2001) A comparison of patient needs as ranked by patient and nurses. *Scandinavian journal of caring scienc*, 2001:15 s 228-234
- Haug, E, Sand, O, Sjaastad, Q V, Bjålie, J G, Toverud, K C (2002) *Människokroppen - fysiologi och anatomi*. Stockholm: LIBER.
- Jernberg, M (1994) *Som stöd för saknaden - en berättelse om att förlora livmodern*. Stockholm: Författares Bokmaskin
- Katz, A (2003) Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. *Journal of advanced nursing*, 42(3), s 297-303
- Kristoffersen, J N (1998) *Allmän Omvårdnad del 3*. Stockholm: LIBER
- Lalos, A och Lalos, O (1990) Livssituationen av stor betydelse för kvinnans välmående efter hysterektomi, *Läkartidningen volym 87, nummer 38*. s 2937-2944.
- Le Cornu, J (1999) The need of counselling of women who undergo hysterectomy: a feminist perspective. *Contemporary Nurse Journal*, 1999 June;8(2) s 46-52. Queensland Australia: eContent Management Pty Ltd.
- Löfgren, M och Olsson, J-H (1998) *Nationella Registret för Kvalitet utveckling inom Gynekologisk Kirurgi- Årsrapport 1998-3:e kvartalet www.sos.se > Medicinsk fakta databas > (050411)*
- Maas, C, Weijenborg, P och Kuile, M (2003) The Effect of Hysterectomy on Sexual Functioning. *Annual Review of Sexual Research; 2003, Vol. 14*, s 83-113.
- Meltomaa, S S, Hietanen, S H, Taalikka, M O, Haarala, M A, Kiilhojma P J A och Mäkinen, J I (2004) Hysterectomy for gynaecological cancer: A follow-up study of subjective and objective outcome. *Australian and New Zealand Journal of Obstetric and gynaecology 2004; 44*. s 214-221.
- Mingo, C, Herman C J och Jasperse, M (2000) Women's stories: Ethnic variations in women's attitudes and experiences of menopause, hysterectomy, and hormone replacement therapy. *Journal of women's health och gender-based medicine. Vol. 9 Supplement 2, 2000*. s 27-39
- Polit, D F, Beck, C T och Hungler, B P (2001) *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott
- Rannestad, T, Eikeland, O-J, Helland, H och Qvarnström, U (2001) The general health in women suffering from gynaecological disorders is improved by means of hysterectomy. *Scandinavian journal of caring science. vol. 15*, s 264-270
- Settnes, A, Lange, A P och Jørgensen, T (1997) Gynaecological correlates of hysterectomy in Danish women. *International Journal of Epidemiology, Vol.26, Nr.2*.

Socialstyrelsen (2005a) >www.socialstyrelsen.se/epc/fs/ Folkhälsan i siffror (2005-04-27)

Socialstyrelsen (2005b) >www.socialstyrelsen.se > 2005-105-1 > Socialstyrelsen: Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005-05-31)

Spri och Medicinska forsknings rådet (1993) *Ta bort livmodern? Orsaker, metoder och alternativ*. Trycknummer 244 ISBN 91-7926-113-2 Spri tryck 248

Sutton, C. (1997) Hysterectomy: a historical perspective. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*. Mar; 11 (1):1-22.

Weström, L, Åberg, A, Andersson och U-B, Jönsson, E (1997) *Obstetrik och gynekologi*. Lund: Studentlitteratur.

Williams, R D och Clark, A J. (2000) A qualitative study of women's hysterectomy experience. *Journal of women's health och gender-based medicine*. Vol. 9 Supplement. 2, 2000. s 15-25.

Zobbe, V, Gimbel, H, Andersen, B M, Filtenborg, T, Jakobsen, K, Sørensen, H C, Toftager-Larsen, K, Sidenius, K, Møller, N, Madsen, E M, Vejtorp, M, Clausen, H, Rosgaard, A, Gluud, C, Ottesen, B S och Tabor A (2004) Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: s 191-196.

BILAGOR

Bilaga 1. Livsfrågeformulär efter KASAM-metoden, efter Antonovsky (1991).

Bilaga 2. Mall för artikelgranskning

Bilaga 3. Kritisk granskning av använt material

Bilaga 1. Livsfrågeformulär efter KASAM-metoden, efter Antonovsky (1991).

B O 1. När du talar med människor, har du då en känsla av att de inte förstår dig?

1	2	3	4	5	6	7
Har aldrig den känslan						har alltid den känslan

H 2. När du har varit tvungen att göra någonting som krävde samarbete med andra, hade du då en känsla av att det:

1	2	3	4	5	6	7
kommer säkert inte bli gjort						kommer säkert att bli gjort

B 3. Tänk på de människor du kommer i kontakt med dagligen, bortsett från dem som står dig närmast. Hur väl känner du de flesta av dem?

1	2	3	4	5	6	7
Tycker att de är främlingar						känner dem mycket väl

M O*4. Har du en känsla av att du inte riktigt bryr dig om vad som händer runt omkring dig?

1	2	3	4	5	6	7
Mycket sällan eller aldrig						mycket ofta

B O*5. Har det hänt att du blev överraskad av beteendet hos personer du trodde du kände väl?

1	2	3	4	5	6	7
Har aldrig hänt						har ofta hänt

H O*6. Har det hänt att människor du litade på gjort dig besviken?

1	2	3	4	5	6	7
har aldrig hänt						har ofta hänt

M O 7. Livet är:

	1	2	3	4	5	6	7
	Alltigenom						fullständigt
	Intressant						enahanda
M	*8. Hittills har ditt liv:						
	1	2	3	4	5	6	7
	Helt saknat mål						genomgående
	och mening						haft mål och
							mening
H	*9. Känner du dig orättvist behandlad?						
	1	2	3	4	5	6	7
	Mycket ofta						mycket sällan/
							aldrig
B	10. De senaste 10 åren har ditt liv varit:						
	1	2	3	4	5	6	7
	fullt av förändringar						helt förutsägbart
	utan att du visste vad						utan överraskande
	som skulle hända						förändringar
	härnäst						
M O	11. De flesta saker du gör i framtiden kommer troligtvis att vara:						
	1	2	3	4	5	6	7
	Helt						fullkomligt
	Fascinerande						ur- tråkiga
B	12. Har du en känsla av att du befinner dig i en obekant situation och inte vet vad du ska göra?						
	1	2	3	4	5	6	7
	Mycket ofta						mycket sällan/
							aldrig
H O	13. Vilket påstående beskriver bäst hur du ser på livet?						

1	2	3	4	5	6	7
Det går alltid att finna en lösning på livets svårigheter						det finns ingen lösning på livets svårigheter

M O 14. När du tänker på ditt liv, händer det mycket ofta att du:

1	2	3	4	5	6	7
Känner hur härligt det är att leva						frågar dig själv varför du över huvud taget finns till

B 15. När du ställs inför ett svårt problem är lösningen:

1	2	3	4	5	6	7
Alltid förvirrande svår att finna						fullständigt solklar

MO*16. Är dina dagliga sysslor en källa till:

1	2	3	4	5	6	7
Glädje och djup Tillfredställelse						smärta och leda

B 17. I framtiden kommer ditt liv förmodligen att vara:

1	2	3	4	5	6	7
Fullt av förändringar utan att du vet vad som händer härnäst						Helt förutsägbart och utan överraskande förändringar

- H 18. När något otrevligt hände tidigare brukade du:
1 2 3 4 5 6 7
Älta det om och om igen säga ”det var det” och sedan gå vidare
- B *19. Har du många motstridiga känslor och tankar?
1 2 3 4 5 6 7
Mycket ofta mycket sällan/aldrig
- H O 20. När du gör något som får dig att känna dig väl till mods:
1 2 3 4 5 6 7
Kommer du säkert att känna dig väl till mods kommer det säkert att hända något som förstör den goda känslan
- B *21. Händer det att du har känslor inom dig som du helst inte vill känna?
1 2 3 4 5 6 7
Mycket ofta mycket sällan/aldrig
- M 22. Du är inställd på att ditt personliga liv i framtiden kommer att vara:
1 2 3 4 5 6 7
Helt utan mål och mening fyllt av mål och mening
- H O 23. Tror du att det i framtiden alltid kommer att finnas människor du kan lita på?

M *28. Hur ofta känner du att det inte är någon mening med de saker du gör i ditt dagliga liv?

1	2	3	4	5	6	7
Mycket ofta						mycket sällan/ aldrig

H *29. Hur ofta har du känslor som du inte är säker på att du kan kontrollera?

1	2	3	4	5	6	7
Mycket ofta						mycket sällan/ Aldrig

Förklaring

Bokstaven framför varje fråga representerar den komponent frågan mäter. Frågorna märkta med en * kan användas vid skapandet av ett kortare formulär. De frågor som är märkta med O ska beräknas omvänt. Med detta formulär kan man läsa ut en persons prediktion för KASAM enligt Antonovsky (1991)

Bilaga 2

Mall för artikelgranskning

Vi har granskat artiklarna enligt Polit, et al (2001). Som läsare skall man självständigt kritiskt granska innehållet för att kunna bilda sig en uppfattning huruvida resultatet är användbart eller inte. För att underlätta granskningen har Polit et al föreslagit vissa kriterier för de olika avsnitten.

Titeln skall innehålla max 15 ord och spegla innehållet i artikeln.

Abstractet skall innehålla mellan 100 och 200 ord och svara på följande frågor; vad är författarnas frågeställning, vilken metod som använts, vilka resultat man fick fram och hur dessa kan användas i praktiken. Läsaren skall kunna skaffa sig en uppfattning om vad artikeln innehåller. En del artiklar presenterar även de viktigaste begreppen som nyckelord.

Introduktionen skall beskriva det/de centrala fenomenet/en. Ta upp syfte, frågeställningar och hypoteser och belysa tidigare forskning. Om man har en teoretisk referensram ska denna beskrivas. Slutligen beskrivs varför studien gjorts och om det finns ett behov.

Metodavsnittet talar om vilka metoder som använts för att svara på aktuell frågeställning och varför man valt just denna metod. Man skall rättfärdiga sina val av tillvägagångssätt. Urvalet i studien presenteras, hur dessa valts ut men även beskriva eventuellt bortfall.

Studiedesignen beskrivs och forskarna förklarar hur de gjort för att undvika felkällor. Man förklarar hur datainsamlingen gått till och i vilken miljö den gjorts. Former för dataanalysen skall också beskrivas. Etiska aspekter på studien bör också tas upp.

Resultat presenterar de forskningsfynd man kommit fram till. Kvalitativa studier organiserar ofta fynden som är identifierade i teman, ofta förekommer citat från datainsamlingen för att belysa viktiga aspekter. För kvantitativa studier är det viktigast att bevisa om resultatet är signifikant eller inte.

I diskussionen skall slutsatser dras utifrån de resultat man hittat. Man resonerar kring resultaten, vad det betyder och varför man fått fram just dessa, men hur de eventuellt kan användas i praktiken eller till fortsatt forskning. Svagheter med den egna studien och dess metod val belyses. Det är viktigt att veta att forskarna själva varit medvetna om detta och antagligen tagit hänsyn till detta i resultattolkningen.

Referenserna skall vara korrekta för att underlätta till vidare läsning och en eventuell fördjupning inom området.

Bilaga 3. Kritisk granskning av använt material

Författare (År) Land	Titel	Abstract	Introduktion	Metod	Resultat	Diskussion	Referenser
<i>Rannestad T, et al. (2001) Norway</i>	Omfattande, beskriver innehållet väl.	Bra, omfattande beskriver ingående innehåll, syfte/frågeställning, metod och resultat	Mycket bra. Har med alla delar som ska finnas med.	Testad godkänd mätmetod har använts och utprovade data system för uträkningarna. Urval, inkl o exkl. bra beskriv liksom tillvägagångssätt och etik.	Väldigt mycket information något rörigt.	Bra	Mycket bra, lätt att använda.
<i>Dell och Papagiannidou (1999) Greece, UK</i>	Bra	Täcker de flesta områdena saknar dock implikation.	Inbakat syfte förklarar dock varför studien gjorts i övrigt bra bakgrund, tidigare forskning teoretiskt ramverk presenteras.	Bra beskrivet metodval, urval, saknar vilken miljö undersökningen gjorts i. Tar även upp en svaghet i intervjuerna här. Förklarar analysmetod.	Har bakat ihop resultat delen med diskussionen med rubrik analys och diskussion gör det ändå tillfredställande.	Se resultat	Bra.
<i>Zobbe V, et al. (2004) Denmark</i>	Bra, beskriver innehållet.	Bra, något för långt, alla områdena är med förutom hur man kan använda sig av resultatet i praktiken. Nyckelord finns med.	Innehåller vad som bör finnas under denna rubrik.	Presenterar urvalet väl, utförlig beskrivning på vilka analyser som använts, etiska aspekter har tagits upp.	Utförlig.	Tillfredsställande, med tabeller, och förslag till fortsatt forskning.	Mindre bra, ej i bokstavsordning.

<i>Grumann M, et al (2001) Germany</i>	Bra.	Tydligt syfte, utförligt beskriven metod och resultatet framgår här vilket är bra. Saknar dock användningsområde.	Syfte och hypoteser tas upp, de centrala begreppen likaså. Varför studien gjorts samt tidigare forskning har också redovisats under denna rubrik.	Metoden är utförligt skriven och uppdelad i underrubriker som tillvägagångssätt, urval instrument och analys. Lättöverkomligt.	Resultat delen är också väl presenterad med tabeller och temauppdelning passande för studien.	Bra, resultatet tar upp evt fel marginaler.	Bra men saknar bokstavsordning.
<i>Meltoma S. S, et al. (2004) Finland</i>	Bra, förklarar innehållet i artikeln, kunde varit aningen tydligare	Håller ramen för hur många ord man får ha med, frågeställningen är klar, metod val, urval och nyckelord finns. Hur man kan anv. sig av studien i praktiken finns ej med, men det talar för sig själv.	Bra	Urvalsgrupp presenteras, var studien är gjord och när den gjordes. Hur man undvikit felkällor är tydligt, vilka skalor och program som använts. Datainsamlingens tillvägagångssätt är presenterat och etisk aspekter finns.	Tabeller som visar urval och kategorier, hade gärna sett fel underrubriker under denna del. Begreppet outcomes är ett brett begrepp här.	Resonemanget är tydligt, förslag till vidare forskning och hur man kan använda sig av resultatet i praktiken har tagits upp, likaså svagheter med studien.	Korrekta men ej i bokstavsordning.
<i>Fleming V, (2003) United Kingdom, Glasgow</i>	Bra, speglar innehållet.	Håller rammåttet och innehåller allt vad som skall finnas med under denna rubrik.	Mycket bra, med bl.a. tidigare studier.	Fenomenologisk studie är förklarad och varför man använt sig just av enmansstudie. Underrubriker finns, bra då det underlättar läsningen.	Man har kommit fram till 4 kategorier under analysen. Citat från intervjuerna är presenterade. I resultatet förklarar man och diskuterar efter varje kategori som gör att texten blir mer läslig.	Diskussion och resultat följer under samma rubrik, se resultat. Dock lite rörigt när man ska urskilja de olika delarna. Man har även en rubrik-slutsatser.	Fin, i bokstavsordning.

<i>Williams och Clark. (2000) USA</i>	Bra	Har med alla de delar som ska finnas i ett abstract.	Introduktionen är uppdelad med en separat bakgrund vilket förenklar inläsning där de fått med alla delar som ska finnas.	Här förklarar de ingående sin metod sitt tillvägagångssätt saknar dock en lite djupare etisk diskussion. Saknar också information om ev. bortfall.	Här presenterar forskarna sina fynd m h a citat. De tar upp olika teman men har tyvärr inte delat upp resultaten efter dessa.	Diskuterar resultatet bra men saknar dock en djupare diskussion av metoden.	Bra.
<i>Mingo et al. (2000) New Mexico</i>	Bra beskrivning av innehållet.		Saknar tidigare forskning och implikations område	Saknar även här diskussion kring bortfall om det finns något, saknar också en fördjupad etisk diskussion.	Forskningsfynden presenterade m h a citat en form av tema överskrifter dock något rörigt.	Diskuterar resultatet ingående men saknar totalt metod diskussion.	Bra.
<i>Ellström M, et al (2003) Denmark</i>	Talar om innehållet i texten.	Nyckelord finns, Syfte, metod och resultat finns med här. Hur man kan använda sig av studien i praktiken är ej tydligt uttalat men det framgår i slutsatsen.	Rak och koncist- inkluderar det som bör finnas med.	Metod har presenterats och vilka program som använts vid analysen. Etiskt aspekter och godkännande är med. Urvalsgrupp, inkluderat och exkluderat är tydligt presenterat och hur man kommit fram till denna typ av studie.	Lite tunn men innehåller det som bör finnas med.	Delen uppfyller kraven enligt mallen.	Ej i bokstavsordning men tydlig.

