

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA  
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD  
2018:66

# Kvinnors erfarenhet av att genomgå hysterektomi

En kvalitativ studie

Alexandra Lustbäck  
Elisabeth Ulvebro



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Uppsatsens titel: Kvinnors erfarenhet av att genomgå hysterektomi

Författare: Alexandra Lustbäck och Elisabeth Ulvebro

Huvudområde: Sexuell och reproduktiv hälsa

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Barnmorskeutbildning

Handledare: Åsa Larsson

Examinator: Christina Nilsson

## Sammanfattning

Var tionde kvinna genomgår hysterektomi i Sverige idag. Trots detta finns lite forskning kring kvinnornas upplevelser i en svensk kontext. Syftet med studien var därför att beskriva kvinnors erfarenheter av att genomgå hysterektomi. Förhoppningen var att bidra till en fördjupad kunskap och ökad förståelse kring dessa erfarenheter. En kvalitativ metod där materialet utgjordes av intervjuer användes och analysen genomfördes med en kvalitativ innehållsanalys. Tio kvinnor som genomgått hysterektomi har delgett sina erfarenheter. I resultatet framkommer tre huvudkategorier; *Att erfara ett lidande och nära en förhoppning om lindring, att möta vårdens styrkor och svagheter* och *att erfara ett nytt skede i livet med förändrade livsvillkor*. Resultatet visar att kvinnorna upplever ett lidande och en sänkt livskvalitet till följd av de gynekologiska besvär som föranleder operationen. Bristande stöd genom otillräcklig information och avsaknad av återbesök påverkar upplevelsen av vården negativt. Trots en del nytillkomna symtom upplevdes en klar livsförbättring med ökad livskvalitet efter ingreppet. För barnmorskor finns stora möjligheter att utveckla och förbättra vården kring dessa kvinnor för att kunna stödja dem till bättre hälsa och välbefinnande.

Nyckelord: *Hysterektomi, erfarenheter, kvinnor, barnmorska, kvalitativ innehållsanalys*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Hysterektomi	5
Historik	7
Sexuell och reproduktiv hälsa	7
Barnmorskans roll och förhållningssätt	9
Kvinnors livsvärld	9
PROBLEMFÖRMULERING	11
SYFTE	11
METOD	11
<i>Ansats</i>	11
<i>Urval</i>	12
<i>Datainsamling</i>	12
<i>Dataanalys</i>	13
<i>Etiska överväganden</i>	13
<i>Förförståelse</i>	14
RESULTAT	14
Att erfara ett lidande och nära en förhoppning om lindring	15
<i>Att leva med besvär som påverkar hälsa och livskvalitet</i>	15
<i>En kamp för att få hjälp</i>	16
<i>Förväntningar och beslut om operation</i>	16
Att möta vårdens styrkor och svagheter	16
<i>Otillräcklig information</i>	17
<i>Bemötande och omhändertagande</i>	17
<i>Bristande uppföljning</i>	18
Att erfara ett nytt skede i livet med förändrade livsvillkor	18
<i>En lättnad av fysiska besvär</i>	18
<i>En förändrad sexualitet</i>	18
<i>Att förhålla sig till klimakteriella förändringar</i>	19
Funderingar kring livmoderns inverkan på kvinnlighet	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
Slutsats och kliniska implikationer	25

REFERENSER	26
Bilaga 1	31
Bilaga 2	32
Bilaga 3	33

# INLEDNING

Var tionde kvinna genomgår hysterektomi (borttagande av livmodern) under sin livstid (Sveriges kommuner och landsting 2012, s. 116), vilket innebär att det är den vanligaste större gynekologiska operationen i Sverige (Mattson 2009, s. 7). Ändå finns lite kvalitativ forskning om kvinnornas upplevelser i en svensk kontext.

Ämnesvalet till föreliggande examensarbete är grundat i författarnas tidigare erfarenhet av arbete på gynekologisk vårdavdelning där postoperativ vård av kvinnor som genomgått hysterektomi är vanligt förekommande. Trots detta saknas kunskap om kvinnornas upplevelser, förväntningar och behov vilket borde finnas inom sjukvården. Operationerna kännetecknas av korta vårdtider med standardiserad omvårdnad vilket leder till en risk att individuella upplevelser och behov ges lite utrymme. Kunskap om och förståelse för dessa kvinnors livsvärld bör finnas för att barnmorskor ska kunna uppfylla sitt uppdrag; att främja sexuell och reproduktiv hälsa.

# BAKGRUND

## Hysterektomi

Termen Hysterektomi kommer från grekiskans "hystero" som betyder livmoder och "ectomy" vilket innebär ett kirurgiskt borttagande av organ (Papadopoulos, Tolikas & Miliaras 2010). I Sverige får varje år cirka 8 000 kvinnor sin livmoder bortopererad vilket medför att var tionde kvinna genomgår hysterektomi under sin livstid (Sveriges kommuner och landsting 2012 s. 116). Det är den vanligaste större gynekologiska operationen i Sverige dock är operationsfrekvensen lägre än i jämförbara länder (Danmark, Finland, USA, England) och utveckling av mindre invasiva behandlingar kan komma att minska den ytterligare (Mattson 2009 s. 7). I Gynop-registrets årsrapport för 2016 framkommer att ca 4000 hysterektomier utfördes på benign indikation (Pålsson & Zacharias 2017, s. 3).

Enligt Mattson (2009, s. 9) är det två benigna tillstånd som oftast leder till hysterektomi och de är myom och blödningsrubbningsar. De står för 85-90 procent av alla hysterektomier i Sverige som utförs på benign indikation. Resterande procent utgörs av smärttillstånd, endometriosis och vid prolaps. Operationen kan utföras genom följande metoder: abdominell hysterektomi (buksnitt), vaginal hysterektomi (via vaginan) samt laparoskopisk hysterektomi (via titthål) (Mattson 2009, s. 21). Idag används ofta de

mindre invasiva metoderna såsom titthålskirurgi och vaginal hysterektomi (Sveriges kommuner och landsting 2012, s. 116). Läkaren beslutar i det enskilda fallet vilken metod som anses lämpligt utifrån livmoderns storlek och rörlighet samt längden och formen på vagina. Vid en hysterektomi kan även äggstockarna avlägsnas, något som tidigare varit tradition i Sverige (Mattsson 2009, ss. 21, 27). Fördelen med att operera bort äggledare och äggstockar är minskad risk för cancer, men idag utförs inte detta ingrepp rutinmässigt (Mårdh 2013, s. 273). Kvinnans önskemål, ålder och individuella faktorer bör vara vägledande vid beslut om att operera bort äggstockar. Vid en hysterektomi kan livmodertappen lämnas kvar (subtotal hysterektomi) eller tas bort (total hysterektomi) (Mattsson 2009 ss. 21, 30). Hur viktig livmodertappen är för kvinnans upplevelse av sexuell lust är dock något som inte är helt klarlagt ännu (Mårdh 2013, s. 361). Dock skriver Mattsson (2009 s. 23) att studier inte funnit någon skillnad i den sexuella funktionen mellan dessa två operationer.

Nedan följer en kort beskrivning av de tidigare nämnda tillstånden *myom*, *blödningsrubbnings*, *endometriosis* och *prolaps* som enligt Svensk Förening Obstetrik och Gynekologi (SFOG) är möjliga indikationer för hysterektomi (Mattsson 2009, s. 9). *Myom* förekommer hos 30-40 procent av kvinnor över 35 års ålder och är en godartad tumör i form av en muskelknuta i muskelcellslagret i livmodern (Georgsson & Stenström Bohlin 2016, ss. 487-488). Det vanligaste symtomet för myom är rikliga menstruationer, men de kan även orsaka förstoppning och täta urinträngningar (Rådestad 2009 s. 640). *Blödningsrubbnings* finns det många olika orsaker till och svårighetsgrader av. Rikliga, regelbundna menstruationer benämns Menorragi medan Metrorragi innebär oregelbundna blödningar och båda dessa tillstånd kan innebära stora besvär för kvinnan (Georgsson & Stenström Bohlin 2016, s. 481). Detta bekräftas i en studie av Marjoribanks, Lethaby & Farquhar (2016) där många kvinnor som lider av rikliga menstruationer uppger en försämrad livskvalité. *Endometriosis* innebär att livmoderslemhinnan växer utanför livmodern. Kvinnorna kan vara symtomfria, men de vanligaste symtomen är olika smärtor som menssmärta, samlagssmärta och bäckensmärta i varierande grad. Uppskattningsvis 200 000 kvinnor i Sverige är drabbade (SBU 2018, s. 8). *Prolaps* innebär att livmodern har fallit ner från sitt ursprungliga läge och att slidans väggar buktar nedåt mot slidöppningen och detta förekommer hos ungefär hälften av alla kvinnor i medelåldern som fött barn (Gunnarsson & Dahlgren 2015, s. 299).

Vid behandling av myom och blödningsrubbnings rekommenderas flera åtgärder och/eller medicinska behandlingar innan hysterektomi görs (Mattsson 2009 s. 8). Även vid endometriosis övervägs hysterektomi som en sista utväg om smärtan inte går behandla framgångsrikt och framtida fertilitet saknar betydelse (Olovsson 2016, s. 59). För att kirurgiskt behandla prolaps kan vaginal hysterektomi utföras men det korrigerar inte de underliggande svagheter i vävnaderna (Gunnarsson & Dahlgren 2015, s. 305).

Enligt Socialstyrelsen (2017) blir merparten av kvinnorna som opereras av med symtomen som ledde till operation. Normalt återställd kroppsfunction ses efter en vecka medan fullständig läkning tar 4 till 5 veckor beroende på ingrepp.

## Historik

Livmodern är ett mytomspunnet organ. Enligt Tasca, Rapetti, Carta, & Fadda (2012) finns beskrivningar från forntida Egypten om att hysteriska störningar hos kvinnor orsakades av att livmodern flyttade sig runt i kroppen. Enligt den grekiska mytologin uppstod senare tankar om att hysteri var relaterat till bristen på sexualliv, bland annat Hippokrates var av denna åsikt och den som först använde begreppet hysteri. Den otillfredsställda livmodern vandrade runt i kroppen och orsakade ångest, darrningar, kvävningsskänslor, kramper och förlamning. Från slutet av 1800-talet till början av 1900-talet spelade diagnosen hysteri en central roll i kvinnomedicinen genom dess definition av kvinnlighet och kvinnlig sexualitet. De talrika utlevande symtomen som svimningar, plötsliga utbrott, kvävningssanfäll, skratt och snyftningar var associerade med kvinnans emotionalitet och labilitet. Det var nu de gynekologiska och kirurgiska ingreppen introducerades som behandlingstekniker (Johannisson 1994, s. 149-152).

Olika teorier och förklaringsmodeller från förra sekelskiftet gör anspråk på att kvinnan, främst på grund av sin livmoder är annorlunda, svag, endast till för havandeskap och underordnad mannen. Enligt en teori förverkar kvinnan, med livmodern som motor, merparten av sin energi till reproduktion och kan därför inte konkurrera på andra plan. Att livmodern befann sig i ett kroniskt irritationstillstånd och därmed påverkade hela kvinnans kroppssystem var grunden till en annan teori. Gynekologiseringen av kvinnan kallas den föreställning att livmodern genom reflexöverföring dominerade kvinnokroppen och därför kunde varje kvinnoåkomma reduceras till ett gynekologiskt problem. Denna modell ledde till en ny förklaring till psykiska sjukdomar och själsliga åkommor kunde därmed behandlas med gynekologiska ingrepp (Johannisson 1994, s. 31-34).

Hysterektomi introducerades på 1870-talet av bland annat en fransk stjärnkirurg vid namn Jules Péan och utbredd sig hastigt över Europa. Längre var dödligheten efter ingreppet hög, cirka 50 procent och de operationstekniska svårigheterna medförde en stor blödningsrisk. Ingreppet utfördes på ett brett spann av psykiatriska och neurologiska indikationer, bland annat hysteri (Johannisson 1994, s. 197-198). Att kvinnan under den här tidens gynekologi fick spela rollen som ett kirurgiskt experimentfält är en kontroversiell men befogad tes som senare presenterats (Johannisson 1994, s. 189). Enligt Tasca et al. (2012) har studier under 1900- och 2000-talet gradvis visat att hysteri inte är en uteslutande kvinnlig sjukdom, diagnoskoden är numera borttagen och en vetenskaplig syn får råda. Men trots att det idag finns en annan insikt om livmoderns betydelsefullhet och att den inte inverkar på kvinnors psykiska mående, finns ordet "hysterisk" kvar i svenska språket.

## Sexuell och reproduktiv hälsa

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar den sexuella och reproduktiva hälsan som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt, mentalt och känslomässigt välbefinnande i alla områden rörande sexualitet och det reproduktiva systemet, i alla skeden av livet (WHO 2006). Sexuell och reproduktiv hälsa är barnmorskans arbetsområde. Att ha kunskap om faktorer som påverkar hälsa i ett genus- och livscykelperspektiv samt förmåga att

tillämpa dessa ingår i barnmorskans kompetensområde (Barnmorskeförbundet 2018). Att främja kvinnors sexuella hälsa är centralt för att de ska uppnå välbefinnande enligt World association for Sexual Health (WAS 2013). Hulter (2016, s. 66) menar att det krävs större kunskap om det sexuella välbefinnandet och att det borde ges mer uppmärksamhet.

Sexualitet är en viktig aspekt av kvinnors hälsa men trots det förbises detta ofta av vårdpersonal (Katz 2003). Detta bekräftas av Sundström (2009 s. 34) som menar att sexualiteten har lite utrymme i kvinnosjukvården trots att den har en central roll i människors liv. Att vi fortfarande har mycket att lära om hur sexualiteten påverkas av en hysterektomi är något som Vomvolaki, Kalmantis, Kioses & Antsaklis (2006) också beskriver. Enligt Nyheim Solbrække & Bondevik (2015) har det länge varit en uppfattning att det är livmodern som gör kvinnan till en kvinna och därför är det viktigt att få en bättre förståelse för kvinnor som genomgår hysterektomi. Men flera undersökningar visar att kvinnor rapporterar förbättrad livskvalitet då deras problem avhjälpts via hysterektomi, bland annat en studie av Bayram & Beji (2010). Ett ökat välbefinnande och förhöjd livskvalitet kan tänkas inverka positivt på sexualiteten. I en studie från Norge ville man undersöka långsiktiga effekter på hälsan av att genomgå hysterektomi. Rannestad, Eikeland, Helland och Qvarnström (2001) beskriver att den allmänna hälsan är sämre hos kvinnor som lider av gynekologiska besvär och dess följder såsom anemi och bäckensmärta. Resultatet från deras studie tyder på att operationen leder till en långsiktig positiv påverkan på kvinnornas allmänna hälsa.

Olika skeden i livet innebär att olika sidor av hälsan hamnar i fokus hos kvinnor (Sundström 2009, s. 34). En del av kvinnans livscykel som kan påverka hälsan positivt eller negativt är menopausen och klimakteriet. Menopaus som innebär den sista menstruationen inträffar hos svenska kvinnor i genomsnitt vid 51,5 års ålder och innebär en övergång till klimakteriet. Orsaken är de hormonella förändringarna som sker till följd av minskade antal äggblåsor i äggstockarna (Bixo & Landgren 2015, s. 83). Enligt Mårdh (2013 s. 297) kan klimakteriet för många kvinnor innebära påtagliga förändringar i både kropp och sinnesstämning. Vid en hysterektomi avlägsnas ibland även äggstockar och om detta utförs innan menopausen infallit hamnar kvinnan omedelbart i klimakteriet (Katz 2003). Enligt Mattson (2009, s. 30) kan avlägsnandet av äggstockar leda till en försämring av sexlivet eftersom de är en viktig hormonkälla även efter menopausen. Enligt Mårdh (2013, s. 365) kan dock tillägg av hormoner stärka könsdriften. Även hos kvinnor där äggstockarna lämnas kvar kan klimakteriet komma tidigare på grund av minskat blodflöde till äggstockarna (Uskul, Ahmad, Leyland & Stewart 2008).

Enligt kompetensbeskrivningen ska barnmorskan ha kunskap om klimakteriet med eventuella besvär samt kunna ge grundläggande information till kvinnan (Barnmorskeförbundet 2018). Det är en viktig uppgift att prata med kvinnor om sexualitet och hälsa i menopausen, något som barnmorskor har stora förutsättningar för (Sundström 2009, s. 36).



## Barnmorskans roll och förhållningssätt

Att främja sexuell och reproduktiv hälsa i ett livscykelperspektiv är ett huvudområde inom barnmorskans profession (Barnmorskeförbundet 2018). Enligt Lundgren och Berg (2016, s. 19) är en viktig aspekt av barnmorskans professionella förhållningssätt förmågan att skapa en relation med varje enskild kvinna. En professionell vårdrelation innefattar en öppenhet för kvinnans berättelse och situation vilket gör att identifiering och förståelse för hennes behov blir möjligt. Denna relation har betydelse för hälsa och välbefinnande vilket också betonas i styrdokument och lagar. Barnmorskans arbete regleras till exempel av Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) där det bland annat konstateras att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet och främja goda kontakter mellan patient och personal. Att ha förmåga att ge god vård och tillgodose tryggheten för patienten betonas även i Kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska (Barnmorskeförbundet 2018). Att vårda är en naturlig mellanmänsklig handling och ett mänskligt behov som rymmer en respekt och ödmjukhet för människans värde. Detta naturliga vårdande ligger till grund för barnmorskans professionella vårdande (Berg 2009, s. 48).

Oavsett vilken typ av vård barnmorskan är verksam inom ska en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt prägla arbetet (Barnmorskeförbundet 2018). Ett vårdande som bygger på en helhetssyn tar avstånd från den tidigare uppdelningen i kropp och själ. Människan *är* en kropp vilket därmed utgör ens identitet. När kroppen förändras innebär det att kvinnans upplevelse av sig själv och relationen till omgivningen också förändras (Berg 2009, s. 47). Att operera bort livmodern kan tänkas vara en stor förändring för kvinnan och därmed medföra en känsla av en ny identitet. I arbetet med kvinnor ingår att stödja deras rätt att aktivt ta beslut om sin vård och barnmorskan ska ha en lyhördhet inför de psykiska, fysiska och emotionella behov som finns hos vårdsökande kvinnor oavsett omständigheter (Barnmorskeförbundet 1999). För att ha möjlighet att främja och stödja sexuell och reproduktiv hälsa behövs kunskap om kvinnans livserfarenhet och förståelse för vad hälsa och välbefinnande innebär för henne (Berg 2009, s. 48).

## Kvinnors livsvärld

Enligt Ekebergh (2017, s. 74) kännetecknas ett reflekterat förhållningssätt i vården av att vara lyhörd för patientens berättelse vilket innebär att undvika att möta patienten som ett patientfall utan möta personens livsvärld och försöka förstå dennes upplevelse och erfarenheter. Dahlberg och Segesten (2010, s. 45.) beskriver att med livsvärlden som grund finns möjlighet att uppmärksamma patientens levda erfarenheter och få insikter om hur det är för personer som har en viss sjukdom eller ohälsa.

Vid en sökning på Internet går det via olika bloggar ta del av några kvinnors upplevelser inför hysterektomi. En kvinna med endometriosis beskriver stora besvär med smärta och lättningen inför operationen och uttrycker till sist "*Ser fram emot ett LIV, jag har inga höga krav. Bara att orka vara med.*" (Andrea 2011). En annan kvinna beskriver sin problematiska relation med livmodern. "*Hon har i många år orsakat mig en väldig massa plågor men också hjälpt mig baka de allra finaste och väldoftande små knyten*

*som jag någonsin skådat. Efter år av värk och järnbrist, är det dags att säga adjö, vi båda känner nog att vi är ganska trötta på varann och att beslutet är rätt. Nu går vi skilda vägar Hon och Jag och det känns bra” (Frida 2017).*

Själva operationen i sig kan uppfattas skrämmande och väcka många känslor oberoende av vilket ingrepp som ska utföras. Enligt Lindwall och Von Post (2008, s. 78) bär en del patienter som ska opereras på en stor oro och rädsla inför operationen eller resultatet av den medan andra känner stor glädje och tacksamhet över att den äntligen blev av. De bär ofta på tankar över livet och vad som skall hända med deras kropp. I en studie av Lindberg och Nolan (2001) intervjuades kvinnor om deras beslut att genomgå hysterektomi. Där framkommer att kvinnornas besvär påverkade alla aspekter av deras liv och att de slutligen kom till insikt att situationen var ohållbar och tog beslut om hysterektomi. Man hittade fyra processer i beslutsfattandet; “att söka lösningar”, “hålla fast”, “ändra kurs” och “ta befäl”. “Att söka lösningar” innebar att söka information samt använda farmakologiska och icke-farmakologiska behandlingar i ett försök att lindra symtomen. “Hålla fast” innebar försök att hantera symtomen och att vänta medan “ändra kurs” betydde en plötslig förändring till att fokusera på hysterektomin som lösningen. Under “ta befäl” uppvisade kvinnorna målmedvetna åtgärder för att förbereda sig inför operation.

Att som kvinna ta beslut om att genomgå hysterektomi kan vara en svår och emotionell process och leda till symtom av depression men alla personer reagerar olika (Vomvolaki et al 2006). Uskul et al. (2008) beskriver i sin intervjustudie att kvinnornas symtom hade en negativ inverkan på deras liv men att majoriteten ändå väntade länge med att söka vård. Väl hos läkaren var upplevelsen hos många kvinnor att deras läkare inte initierade en diskussion om olika behandlingar och dess fördelar och nackdelar. Kvinnorna fick istället information om olika behandlingar av andra kvinnor och fick sen själva nämna alternativet hysterektomi för sin läkare. Efter operationen rapporterade kvinnorna en lättnad och en förväntan på positiva förändringar och ett liv utan de tidigare besvärande symtomen. Dock fanns en viss oro över eventuella klimakteriebesvär, främst gällande förändrad sexuell funktion (Uskul et al. 2008). Liknande resultat finns i en studie utförd i Norge. Nyheim Solbrække och Bondevik (2015) beskriver att kvinnorna rapporterar känslor av lidande till följd av förlusten av livmodern samt svåra biverkningar i form av klimakteriebesvär. Men studien visade även att kvinnorna upplevde lättnad över att ha fått behandling för sina besvär. Bayram och Beji (2010) beskriver att kvinnor som ska genomgå hysterektomi har en rädsla över att förlora sin sexualitet, då livmodern ses som ett fertilt och sexuellt organ. Men i en studie av Katz (2003) rapporteras att kvinnor som har genomgått hysterektomi upplever att den sexuella tillfredsställelsen ökar då de har blivit hjälpta med sina problem. Kvinnors oro över förlorad kvinnlighet men sedan positiva upplevelser efter operationen rapporteras även i studien av Aparecida Barbosa Merighi, Moura de Oliveira, Pinto de Jesus, AkikoKomura Hoga, & Garofalo de Oliveira Pedroso (2012). Där berättade kvinnorna att symtomen som föranledde en hysterektomi påverkade deras liv och ledde till en sänkt livskvalitet. Inför operationen uttryckte de oro över en förlust av sin kvinnlighet då livmodern är förknippad med fertilitet. Men efteråt upplevde de dock en frihet gällande sociala relationer och sexuallivet. Att slippa symtomen som tidigare begränsat dem socialt ledde till känslan av att kunna leva livet fullt ut. Avslutningsvis, i en norsk studie fann man två motsägelsefulla berättelser; “De har

avlägsnat det som gjorde mig till kvinna” kontra “utan livmoder känner jag mig mer som en kvinna”. En förståelse för att de individuella upplevelserna påverkar kvinnor olika är viktigt för att utveckla vården för kvinnor som genomgår hysterektomi (Nyheim Solbrække & Bondevik 2015).

## PROBLEMFORMULERING

Var tionde kvinna opererar bort livmodern i Sverige. Ofta föregås operationen av flera år med gynekologiska besvär och ett stort lidande. Trots det är kunskaperna bristfälliga kring kvinnors erfarenheter gällande operationen i en svensk kontext. Det är därför relevant att undersöka kvinnors upplevelser. Förhoppningen är att undersökningen ska bidra till en fördjupad kunskap och ökad förståelse för dessa kvinnors upplevelser vilket är betydelsefullt för att kunna utveckla och förbättra vården och ha förmåga att bemöta kvinnorna på bästa sätt.

Frågeställningar: Vad hade kvinnorna för tankar och känslor inför operationen och hur upplevdes tiden efteråt? Hur upplevde de vården och hur såg förväntningarna på stödet i efterförloppet ut? Vad har de för tankar om sin sexualitet och om eventuella klimakteriella besvär? Är upplevelserna likartade eller finns stor individuell variation?

## SYFTE

Syftet med studien är att beskriva kvinnors erfarenhet av att genomgå hysterektomi

## METOD

### *Ansats*

En kvalitativ metod i form av individuella intervjuer användes för att få ta del av kvinnornas upplevelser. Enligt Kvale och Brinkman (2014, s. 46-47) är det intervjupersonens livsvärld som eftersöks med en kvalitativ forskningsintervju med målet att kunna beskriva upplevelser och erfarenheter. En induktiv ansats eftersträvades vilket enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2012, s. 187-188) innebär en analys av texterna som är förutsättningslös och baseras på intervjupersonernas upplevelser. Enligt Elo och Kyngäs (2008) rekommenderas denna ansats då det inte bedöms finnas tillräckligt med kunskap kring ämnet tidigare.

## *Urval*

Efter inhämtning av godkännande från verksamhetschef på den aktuella kliniken var tanken att rekrytera kvinnor via de barnmorskor på den gynekologiska mottagningen som är ansvariga för planeringen av de gynekologiska operationerna. Barnmorskorna lämnade ut informationsbrev om studien till kvinnor i samband med att de kallades till inskrivning inför operationen. Inklusionskriterierna fastställdes till; kvinnor upp till 50 år som ska genomgå hysterektomi på benign indikation. Åldersgräns sattes med förhoppning att fånga upplevelser hos kvinnor som ej nått klimakteriet då en del av problemformuleringen utgick från att fånga tankar om detta tillstånd. Kvinnor som genomgick operation på grund av maligna tillstånd exkluderades för att sälla bort reaktioner och upplevelser som kan bero på krisen över en eventuell cancerdiagnos. Kvinnorna uppmanades vid intresse av att delta i studien kontakta författarna några dagar efter sin operation.

Då endast en kvinna anmälde sitt intresse via denna eftersökning söktes informanter via det sociala mediet Facebook. I en sluten grupp för kvinnor som genomgått hysterektomi lades en förfrågan om deltagande upp utifrån inklusionskriterierna. Gensvaret var stort, på kort tid hade 20 kvinnor anmält sitt intresse. Då begränsat med tid och resurser fanns för studien avslutades förfrågan med hänvisning till att tillräckligt antal intresserade redan hört av sig. Informationsbrevet (Bilaga 1) samt Samtycke till deltagande (Bilaga 2) skickades till kvinnorna med uppmaning att höra av sig igen för att boka tid för intervju om fortsatt intresse. Detta resulterade i att 14 kvinnor tog kontakt och då några sen hade svårt att boka in tid kom till slut tio kvinnor att ingå i studien. Eftersom de geografiska avstånden i samtliga fall bedömdes vara för stora beslutades i samråd att intervjuerna skulle utföras via telefon.

## *Datainsamling*

Enligt Danielsson (2017, s. 149) bör man inför en intervjustudie utföra en provintervju för att testa frågorna och upplägget. Detta utfördes vilket resulterade i viss justering av strukturen på intervjuguiden. Intervjun ansågs svara på syftet och inkluderades därmed i resultatet.

Intervjuerna genomfördes med hjälp av en intervjuguide (Bilaga 3) som enligt Kvale och Brinkman (2014, s. 172) fungerar som ett manus med syfte att strukturera intervjuens förlopp. Intervjuer påbörjades med en öppen inledande fråga: *“Vill du berätta för oss om dina upplevelser av att genomgå hysterektomi?”* Utifrån svaret ställdes uppföljningsfrågor för att uppmuntra personen att fortsätta beskrivningen, samt specificerande frågor såsom *“Hur kändes det då?”*, *“Vad upplevde du då?”* för att få mer precisa beskrivningar (Kvale & Brinkman 2014, s. 176-177).

Intervjuerna spelades in på mobiltelefoner och transkriberades ordagrant i nära anslutning till intervjun. De utskrivna intervjuerna avidentifierades och informanterna tilldelades ett nummer av konfidentiella skäl. De två första intervjuerna utfördes av författarna gemensamt, medan resterande intervjuer delades upp och utfördes enskilt. Intervjuerna utfördes under januari och mars månad 2018.

Sammanlagt deltog tio kvinnor i studien. Åldern vid tiden för operation var mellan 37 och 50 år, dock var de flesta i 44-års åldern. Indikation för ingreppet var framförallt

rikliga blödningar och/eller myom förutom två kvinnor som opererades på grund av endometriosis. Intervjuerna varade mellan 23 och 78 minuter. När intervjuerna genomfördes hade det gått mellan cirka 1 till 4 år sen informanternas operationer hade utförts.

### ***Dataanalys***

Datamaterialet har analyserats genom en kvalitativ innehållsanalys beskriven av Elo och Kyngäs (2008). Enligt deras studie kan analysprocessen delas in i tre faser, där materialet förbereds, organiseras och till slut rapporteras. Det finns dock inga systematiska regler för dataanalysen, utan det övergripande syftet är att bryta ned stor textmassa till mindre innehållskategorier. Genom att bilda kategorier kan ökad förståelsen för det valda fenomenet erhållas och ny kunskap kan skapas. I förberedelsefasen valdes analysenheten ut. Analysenhet kan betraktas som de dokument som ska analyseras (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 189-190), vilket i föreliggande studie gäller de transkriberade intervjuerna. Vidare förberedelser bestod av att författarna läste igenom intervjuerna upprepade gånger för att lära känna materialet och få en överblick av innehållet. Nästa steg i processen handlar om att organisera datamaterialet. Enligt Elo och Kyngäs (2008) består organiseringsfasen av öppen kodning, skapande av kategorier samt abstraktion. Öppen kodning utfördes genom att anteckningar och rubriker skrevs i marginalen under tiden materialet lästes genom. Avsnitt som svarade an på studiens syfte markerades även med färgpenna. Sista delen av organiseringsfasen är abstraktion där man genom att skapa kategorier formulerar en övergripande beskrivning av ämnet. Noteringarna samlades därför in från marginalerna och skrevs upp på små pappersark. Pappersarken med olika innehåll grupperades utifrån likheter till underkategorier som namngavs utifrån innehållet. Underkategorier med liknande innehåll samlades ihop under olika kategorier som sedan grupperades under huvudkategorier. Grupperingen skedde genom författarnas tolkning av innehållet. Abstraktionen resulterade i tio underkategorier grupperade under tre huvudkategorier. Sista steget i analysprocessen är redogörelsefasen vilket innebär att resultatet redovisas.

### ***Etiska överväganden***

Etiska överväganden som gjorts i samband med studien har följt angivna riktlinjer från Högskolan i Borås (2017) angående examensarbete inom huvudområdet Sexuell och reproduktiv hälsa. Utgångspunkterna har varit de forskningsetiska principerna fastställda i fyra huvudkrav enligt Vetenskapsrådet (2002); informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Detta innebär att deltagarna fick noggrann information om studiens syfte, att deltagandet är frivilligt, och att de när som under processen kan avbryta sin medverkan utan att förklara varför. Vidare fick informanterna en blankett om samtycke skickat till sig och de fick sedan lämna muntligt samtycke i samband med intervjun. Kvinnorna informerades om att deras personuppgifter ges största möjliga konfidentialitet och endast används i forskningsändamål. Flertalet av informanterna hade önskemål om att delges resultatet av undersökningen varvid information gavs om var, när och hur studien presenteras och blir tillgänglig.

Enligt Kvale och Brinkman (2015, s. 110) måste man även göra etiska överväganden kring konsekvenserna för informanterna i en studie. De potentiella fördelarna för dem och vikten av den kunskap som erhålls ska överväga risken att deltagarna lider skada. Även Vetenskapsrådet (2002) betonar kravet att väga värdet av den förväntade tillkomsten av kunskap mot eventuella risker i form av negativa konsekvenser för deltagarna. I föreliggande studie bedömdes riskerna för de deltagande kvinnorna vara obetydliga då deltagandet var helt frivilligt och noggrann information gavs. Och då fördelarna i form av ökad kunskap och möjlighet att förbättra vården bedömdes överväga sågs inga hinder för att genomföra studien. Särskilt tillstånd om etikprövning har ej sökts då det i lagen om etikprövning av forskning avseende människor (SFS 2003:460) konstaterats att det ej krävs för uppsatser på grund- eller avancerad nivå.

### *Förförståelse*

Innan genomförandet av studien fördes reflektion över vår förförståelse och vilken betydelse den eventuellt kunde få för resultatet. Förförståelsen kan beskrivas som vår kunskap, tidigare erfarenheter och förutfattade meningar kring det som studeras (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 197). Författarnas förförståelse kan till viss del vara påverkad av erfarenhet av postoperativ vård av kvinnor som genomgått hysterektomi. Reflektionen mynnade dock ut i en insikt att kunskap om kvinnornas upplevelser trots detta saknades. Förförståelsen bestod till viss del av förutfattade meningar om att kvinnorna upplevde operationen jobbig, att den ledde till en förlust av kvinnlighet och en oro för klimakteriebesvär. Under tiden för datainsamling erhöles ny kunskap och en delvis ändrad uppfattning om att många kvinnor upplevde operationen som en lättnad då de blev av med sina besvär. Författarna har medvetet arbetat med att inte låta förförståelsen påverka studiens resultat genom täta diskussioner sinsemellan för att ha ett öppet förhållningssätt gentemot materialet.

## **RESULTAT**

Syftet med studien var att beskriva kvinnors erfarenhet av att genomgå hysterektomi. Under analysprocessen av intervjuerna framkom tio underkategorier samlade under tre huvudkategorier. Dessa redovisas enligt tabellen nedan. Kodade citat återfinns under de olika underkategorierna för att illustrera resultatet ytterligare.

<b>Underkategori</b>	<b>Huvudkategori</b>
*Att leva med besvär som påverkar hälsa och livskvalitet *En kamp för att få hjälp *Förväntningar och beslut om operation	Att erfara ett lidande och nära en förhoppning om lindring
*Otillräcklig information *Bemötande och omhändertagande *Bristande uppföljning	Att möta vårdens styrkor och svagheter
*En lättnad av fysiska besvär *En förändrad sexualitet *Att förhålla sig till klimakteriella förändringar *Funderingar kring livmoderns inverkan på kvinnlighet	Att erfara ett nytt skede i livet med förändrade livsvillkor

### **Att erfara ett lidande och nära en förhoppning om lindring**

En stor del av kvinnornas erfarenhet kring att genomgå en hysterektomi handlade om hur livet var innan operationen. Besvären och hur dessa påverkade kvinnornas livssituation och sänkte deras livskvalitet verkar tätt sammankopplat med deras erfarenhet av operationen. Likväl som de många läkarbesöken och ofta en känsla av att behöva strida för att få hjälp. Flera av kvinnorna uttryckte ett lidande, ett onödigt lidande som hade kunnat undvikas om man träffat rätt läkare eller fått hjälp tidigare.

#### ***Att leva med besvär som påverkar hälsa och livskvalitet***

Samtliga kvinnor delade med sig av mer eller mindre ingående beskrivningar eller målande berättelser om hur blödningar, smärta eller andra symtom påverkade deras liv. En kvinna berättade hur hon blött nästan konstant i två års tid. En annan beskrev kraftiga menssmärtor och att hon mådde dåligt två veckor varje månad. Besvären hade i flera fall pågått i många år, sen menstruationens start i början av tonåren. Tillståndet blev till slut en del av livet och kvinnorna accepterade det som normalt eller fick höra från sjukvården att det är vanligt att kvinnor har det så här. Långvariga och/ eller rikliga blödningar ledde i flera fall till en frustration, stor trötthet och en anemi som krävde behandling.

“Vad jag än försökte, det bara blödde och blödde. Jag hann aldrig till toan, det kom hinkvis. Mitt blodvärde sjönk ju rätt drastisk på slutet, jag tappade all ork.” (5)

Besvären ledde till oro, stora begränsningar i livet och flera kvinnor beskrev att de blev nedstämda av situationen och att humöret blev påverkat. En del var sjukskrivna ofta vilket påverkade deras arbetssituation negativt. Ett par kvinnor beskriver till slut en insikt att det inte går att leva ett anständigt liv under påverkan av deras enskilda symtom.

### ***En kamp för att få hjälp***

Flertalet av de intervjuade kvinnorna beskrev en kamp för att få hjälp för sina besvär. De erfor åtskilliga läkarbesök och olika behandlingar och medicineringar, ibland under flera år. En del fick träffa nya läkare hela tiden och var då ofta själva tvungna att påtala sin historik. En kvinna berättar att det tog åtta år för att få sin diagnos, endometrios. Några beskriver en upplevelse av att inte bli trodd och inte tagen på allvar. Detta ledde i flera fall till en känsla av tvivel på sig själv och på sina symtom. Några kvinnor kände sig krångliga när de återigen var tvungna att söka vård och en kvinna uttryckte att hon kände sig som en gnällkärring medan en annan kvinna berättade att smärtan och att inte bli trodd gjorde att hon blev nedbruten både fysiskt och psykiskt. Flera uttryckte att de inte ville vara till besvär, de drog sig för att söka vård och kände sig besvärliga när de väl gjorde det.

“Jag kunde ju slippit smärtan sista året om jag träffat rätt läkare. Man kan göra så mycket för kvinnor som har ont. Varför ska vi behöva ha ont, det känns så onödigt.” (1)

### ***Förväntningar och beslut om operation***

Upplevelserna i samband med att beslutet tagits om att livmodern skulle tas bort varierade mellan kvinnorna. De flesta var dock ganska angelägna om att genomgå operationen för att bli av med sina bekymmer. Någon beskriver en stor lättnad där läkaren fick en stor kram i samband med beskedet. Flera kvinnor hade mycket funderingar och oro inför ingreppet och några uppgav en stor rädsla inför själva operationen.

“Inför operationen var det skräckblandad förtjusning, det var hemskt men jag ville få bort allt. Men det kändes läskigt, man var livrädd.” (2)

I en del fall fick kvinnorna påtala under flera år att de önskade ta bort livmodern. I andra fall togs beslutet i samråd med läkaren efter en tids diskussion. Det fanns dock även fall där kvinnan på operationsdagen inte visste vilken operation som skulle utföras.

### ***Att möta vårdens styrkor och svagheter***

Väl på sjukhuset, på operationsdagen kände sig kvinnorna i stort sett trygga och väl omhändertagna av personalen. Men besvikelsen över den bristande informationen inför operation och sedan den obefintliga uppföljningen efteråt inverkade negativt på uppfattningen av vården.



### ***Otillräcklig information***

Majoriteten av kvinnorna som medverkade i denna intervjustudie uttryckte att de inte fått tillräckligt med information. Kvinnorna vittnar om en vilja att vara pålästa för att vara så förberedda som möjligt. Flera hade velat veta mer om hur man mår efteråt och eventuella komplikationer som kan uppstå. En del uppger även att de fått veta från läkaren att det inte kommer bli så stor skillnad, att man inte känner någon förändring i kroppen utan allting kommer vara som vanligt. Många upplever att om de fått mer information om eventuella komplikationer och mående efteråt så hade de varit mentalt förberedda på det. En viss förståelse finns för att vården inte vill skrämman upp kvinnor i onödan men istället erfor de att sjukvården svek dem. Den bristande upplysningen ledde till att många sökte information på egen hand, vilket kunde uppfattas skrämmande med tanke på olika historier på nätet.

“Att googla är inte så smart, man blir rädd. Det är skrämmande och svårt för mig att ta reda på om det är säkra källor, det är svårt att sälla...” (4)

Någon berättade att man kan hitta rena skräckhistorier om ingreppet och olika komplikationer. En annan menade på att hade man fått mer information från vården så hade man kunnat slippa mycket oro och funderingar i samband med det egna sökandet på internet. Några kvinnor kände dock en trygghet i att leta information då de höll sig till säkra källor såsom 1177.se och vårdguiden.se vilka de tyckte hade bra och tillförlitliga upplysningar om ingreppet.

“1177 har fantastiskt bra rådgivning när det gäller hysterektomi. Det var jättebra information och det står tydligt. Jag har valt de sidor jag känner att; det här kan jag lita på.” (1).

### ***Bemötande och omhändertagande***

Överlag uttryckte kvinnorna en nöjdhet med bemötandet och omhändertagandet i samband med operationen. Personalen på operation upplevdes kunniga i sitt arbete vilket ingav en trygghet för kvinnorna. Bortsett från några synpunkter på viss sjukhusmat som eventuellt inte är lämplig till nyopererade så uppgav kvinnorna goda erfarenheter av den postoperativa vården och att alla i personalen var hjälpsamma och gulliga.

“Bra omhändertagande, de hjälpte mig och gav mig smärtstillande som jag kunde ta hemma och telefonnummer ifall jag ville ringa så jag kände mig jättetrygg även när jag kom hem.”(1)

Någon erfor dock en otrygghet i samband med operation på grund av en känsla av ensamhet och att vara utelämnad till personalen.

### ***Bristande uppföljning***

Majoriteten av de intervjuade kvinnorna saknade ett återbesök. Flera uttryckte att de inte ville vara vården till last och därför inte bokade besök fast de hade frågor och funderingar. Någon försökte ändå kontakta vården men hamnade hos telefonsvarare eller blev lovad uppringning utan att så skedde. Flera erfor en känsla av att vara bortglömd, och det uppfattades otryggt att bli släppt utan koll. Flertalet beskrev en oro över att inte läka som man ska och hade gärna träffat till exempel en barnmorska efteråt för att få veta att allting såg bra ut. Några kvinnor uppgav en uppfattning om att vården inte borde ta så lätt på detta stora ingrepp, utan att det borde följas upp bättre. En kvinna beskrev att hon fyllt i formuläret som man får efter operationen, men sedan inte fick någon återkoppling på det. Ett återbesök hade för många inneburit en slags bekräftelse, att bli sedd och få ställa frågor samt prata om tiden efteråt.

“Det hade känts skönt med ett återbesök, att man blir uppfångad efteråt. Att allting ser bra ut och få prata om operationen helt enkelt.” (6)

### **Att erfara ett nytt skede i livet med förändrade livsvillkor**

Trots en del komplikationer uppgav ingen av kvinnorna att de ångrade att de genomgick operationen. För de flesta av kvinnorna ledde ingreppet till en förbättrad livskvalitet i frånvaron av sina tidigare besvär, vilket de självfallet var nöjda med. Olika upplevelser rapporterades om måendet efteråt och en förändrad sexualitet samt i vissa fall klimakteriella besvär.

#### ***En lättnad av fysiska besvär***

Överlag var kvinnorna nöjda efter operation. Största anledningen var att slippa sina tidigare besvär såsom smärta och blödningar. Kvinnorna berättade om känslan av att ha fått ett nytt liv. Trots en del nytillkomna symtom som trötthet och magbesvär upplevde de på det hela taget en klart förbättrad livskvalitet.

“Herregud, det är stor skillnad. Jag har fått så mycket mer livskvalitet.”(8)

#### ***En förändrad sexualitet***

Flera av kvinnorna beskrev en förändring av sexualiteten. De flesta menade på att det var sämre och någon beskrev att hon blivit rädd för att ha sex, att det kändes läskigt. Någon upplevde att ingreppet lett till att lusten försvann. Andra beskrev att det var svårare nu att få orgasm.

“Sexlivet är jättestor skillnad, det är inte lika bra. Man når liksom inte upp till den här höjdpunkten.” (5)

Några upplevde dock att sexlivet blivit bättre, främst på grund av att man nu blivit av med sina besvär.

“Sexet har inte förändrats. Det är som vanligt eller till och med bättre för innan hade jag ju smärtor i livmodern.” (6)

De gånger som samlivet hade tagits upp för diskussion av gynekologen var det mycket uppskattat av kvinnorna. Men många uppger att det inte varit någon information om hur operationen kan inverka på sexualiteten. En del fick veta att sexualiteten inte skulle förändras, vilket flera av kvinnorna inte tyckte stämde med hur det sedan blev. En kvinna uttryckte att hon gärna sett att man pratat om att samlivet kan förändras efteråt för då hade hon varit mentalt förberedd på det.

### ***Att förhålla sig till klimakteriella förändringar***

Hos de kvinnor där äggstockarna ej opererades bort erhöles information om att ingen skillnad skulle märkas, vilket i stort sett stämde med kvinnornas erfarenheter. Många hade funderingar kring klimakteriet men blev lugnade av informationen av läkarna och någon hoppades komma lindrigt undan.

“Jag hade tankar om klimakteriet. Men läkaren sa att det var liten risk när äggstockarna inte togs bort så då oroade jag mig inte.” (6)

För de som var tvungna att ta bort äggstockarna väntade dock plötsliga besvär. Någon tyckte att det inte var så besvärligt jämfört med hur hon haft det innan men några berättade om stora besvär med svettningar och sömn men framförallt humöret. Trots att de flesta fått viss information kände de sig inte tillräcklig upplysta, framförallt inte gällande måendet.

“Jag fick ingen information... kirurgisk klimakterie och sen går det över... Det var ingen som berättade för mig på riktigt att det var så hemskt som det var, det blev lite som en chock.” (4)

### **Funderingar kring livmoderns inverkan på kvinnlighet**

Tankar kring hur kvinnligheten påverkas av ingreppet utgjorde en liten del av resultatet. Överlag hade kvinnorna inte så mycket tankar kring kvinnlighetens varande efter att livmodern opererades bort. En kvinna uttryckte att hon inför operationen känt en rädsla för att känna sig fel som människa och undrade hur hon skulle känna sig som kvinna. Dessa känslor återkom emellertid inte efter operationen. En kvinna blev lite nedstämd av känslorna av att vara förbrukad, att en del av kvinnligheten försvunnit. Dock uttryckte majoriteten av kvinnorna att de inte hade några problem med detta, det hade ingen betydelse för dem.

“Det var ganska okomplicerat för mig att bli av med livmodern. Jag har fött två barn och känner att det inte var någon stor grej faktiskt.” (4)

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva kvinnors erfarenhet av att genomgå hysterektomi. För att få en djupare förståelse för kvinnornas individuella erfarenheter av ämnet valdes en kvalitativ metod bestående av intervjuer. Materialet analyserades utifrån metoden innehållsanalys vilket enligt Elo och Kyngäs (2008) lämpar sig väl för forskning inom omvårdnad.

Inom kvalitativ forskning används begreppen *giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet* för att styrka resultatets  *trovärdighet* (Lundman & Hällgren Graneheim s 197). Enligt Elo & Kyngäs (2008) är det av vikt för studiernas trovärdighet att analysprocess och resultat beskrivs så detaljerat att läsaren får en förståelse över analysens styrkor, begränsningar och hur den är utförd. *Giltigheten* i föreliggande studie anses uppnådd då resultatet avspeglar det som framkom i materialet från intervjuarna. En noggrann beskrivning av urval och analysarbete har också eftersträvat för att göra det möjligt för läsaren att bedöma giltigheten i studien. Vidare stärks giltigheten genom att citat från flertal av intervjuarna lyfts fram i resultatet. Enligt Elo och Kyngäs (2008) kan citat användas för att öka trovärdigheten. Citaten bör dock inte utgöra större del av resultatet än själva texten för då är analysprocessen bristfällig. Resultatet har i denna studie styrkts med ett fåtal citat men strävan har varit en god balans mellan dessa och textmassan. Även val av informanter är av betydelse för resultatets giltighet då man i en kvalitativ innehållsanalys önskar beskriva variationer (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 198). Att kvinnorna bor runt om i Sverige torde därför styrka studiens giltighet då de gjort sina operationer på olika orter. Deras erfarenheter kan därför inte kopplas till ett särskilt sjukhus med lokala rutiner. Den ursprungliga tanken att höra kvinnor på ett specifikt sjukhus hade lett till minskad geografisk variation och möjligen ett annat resultat mer påverkat av just deras rutiner. Dock hade resultatet eventuellt varit tydligare och mer vägledande om kvinnors erfarenheter av vården just där. Valet att exkludera kvinnor som opererats på malign indikation och om detta påverkat resultatet kan diskuteras. I dessa fall råder oftast inga frågetecken om operation ska utföras eller inte och där har kvinnorna säkerligen en del andra tankar. Att inkludera även dessa kvinnor kan ha lett till större variation av upplevelser kring operationen. Men vår föreställning var att en stor del av deras erfarenheter kretsade kring själva diagnosen och avsikten i föreliggande studien var att fokusera på andra delar av upplevelsen.

För en ökad *tillförlitlighet* i studien är det nödvändigt att visa en länk mellan resultatet och datamaterialet genom att beskriva analysprocessen så utförligt som möjligt (Elo & Kyngäs 2008). Strävan har därför varit att beskriva analysprocessen så detaljerat som möjligt och de bifogade bilagorna samt tabellen över resultatet bidrar till att tydliggöra denna länk. En starkt tillförlitlighet handlar även om att styrka utförda ställningstaganden under processen (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 198). Antalet informanter bestämdes inte i förväg men målet var 6-8 personer då det enligt Riktlinjer för examensarbete på magisternivå (Högskolan i Borås 2017, s. 6) är ett adekvat antal informanter i en kvalitativ studie. Då gensvaret var så omfattande från kvinnor som ville vara med i studien fick en begränsning göras på grund av tid och

resurser tillgängliga för undersökningen. Enligt Kvale och Brinkman (2017, ss. 156-157) behövs det antal intervjuer då tillräckligt mycket fakta inhämtats och nya intervjuer inte ger ny information. Efter tio genomförda intervjuer ansågs vidare intervjuer inte bidra med mer upplysning till analysen. Att merparten av intervjuerna utfördes av författarna enskilt kan ha lett till skillnader i intervjuteknik men kan även innebära att större variation i erfarenheter noterades. Genom att genomföra en pilotintervju som gemensamt bearbetades och justeringar av frågor utfördes bör bidra till att en liknande intervjuteknik erhöles. Att intervjuerna utfördes telefonledes var en nödvändighet på grund av den geografiska spridningen och den begränsade mängd tid och resurser som förelåg. Vid telefonintervjuer kan data såsom kroppsspråk missas, men en fördel kan tänkas vara att kvinnorna upplever en anonymitet vilket ger en trygghet i att delge sin berättelse.

*Överförbarhet* handlar om resultatets potential att överföras till andra situationer eller grupper (Polit & Beck 2012 s. 585). Förutsättningar för god överförbarhet erhålls genom en tydlig beskrivning av studiens förfarande, därefter åligger det läsaren att bedöma om överförbarhet är möjligt. Föreliggande studie med litet antal informanter kan inte generaliseras men vissa samstämmiga delar av resultat torde kunna överföras till andra kvinnor i liknande situation.

*Delaktighet* handlar om författarnas påverkan under intervjuer och genom dess medskapande av texten (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 199). Hur oberoende resultatet blir påverkas av författarnas förförståelse. Reflektion har förts över förförståelsen och hur den eventuellt påverkat analysprocessen. Som tidigare nämnts finns viss förförståelse i form av arbete på avdelning där postoperativ vård utförs. Under datainsamling tillkom ny kunskap att förhållas till, exempelvis den sänkta livskvalitet kvinnorna erfor innan operationen. Då författarna varit medvetna om förförståelsens betydelse har strävan varit att lägga den åt sidan och använda ett öppet förhållningssätt under analysprocessen. Då osäkerhet kring tolkningen av resultatet uppkom lästes materialet igen igen för att säkerställa att det ej var en felaktig tolkning utifrån författarnas förförståelse.

De flesta kvinnorna i studien hade inte opererat bort äggstockarna medan några få varit tvungna till detta på grund av till exempel endometriosis. Skillnader i utfall av dessa olika operationer kan ha lett till skilda upplevelser av till exempel sexualitet och klimakteriella besvär hos kvinnorna. Dock kan hormonella förändringar inträffa även om äggstockarna sparas (Uskul et al. 2008). Faktumet att olika operationer inkluderades får ändå ses som en svaghet i studien.

Att efterfråga informanter i en stödgrupp på ett social medium kan ha vinklat resultatet. Funderingar har uppkommit kring vilka kvinnor som önskade medverka. Möjligen kan det vara kvinnor med negativa upplevelser och därmed ett särskilt behov av att berätta. Upplevelsen är att flera kvinnor deltog för att de ville bidra till en realistisk bild av operationen och möjliggöra en bättre vård. Ett flertal undrade över möjligheten att få ta del av studien. Ett antagande kan göras att kvinnorna har behov av att bearbeta sina upplevelser men även bidra till och få ta del av andras upplevelser. Varför fler informanter via gynekologisk mottagningen ej tog kontakt har diskuterats flertalet gånger. En tanke är att förfrågan kom för tätt inpå operationen, att kvinnorna hade för mycket annat att tänka på. Andra funderingar gällde kvinnornas eventuella behov av att bearbeta sina upplevelser efter ingreppet först.

## Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva kvinnors erfarenheter av att genomgå hysterektomi. Tio kvinnor blev intervjuade och i resultatet framkom tre huvudkategorier som beskrev deras upplevelser; *Att erfara ett lidande och nära en förhoppning om lindring, att möta vårdens styrkor och svagheter* och *att erfara ett nytt skede i livet med förändrade livsvillkor*. Diskussion kring resultatet kommer utgå från dessa kategorier.

### Att erfara ett lidande och nära en förhoppning om lindring

Resultatet visar på att en stor del av kvinnornas erfarenheter av operationen hör ihop med tiden som föregick ingreppet. Deras historier vittnar om år med olika besvär som inverkade på deras liv och därmed begränsade dem och orsakade en sänkt livskvalitet. En litteraturgenomgång bekräftar detta genom att visa på ett oerhört samstämmigt resultat. Till exempel beskriver en studie från Norge att gynekologiska besvär såsom myom, endometriosis, rikliga blödningar och smärta är vanligt förekommande idag och leder till en tydligt negativ påverkan på kvinnors hälsa och därmed en sänkt livskvalitet (Rannestad, Eikeland, Helland & Qvarnström 2000). I en studie av Pearce, Thögersen-Ntoumani, Duda och McKenna (2014) framkommer att gynekologiska besvär ses som bristande kroppsfunktion och leder till en hotad självbild. Flertalet andra studier bekräftar hur besvären inverkar på livskvaliteten (Lindberg & Nolan 2001; Uskul et al. 2008; Aparecida Barbosa Merighi et al., 2012; Marjoribanks, Lethaby & Farquhar 2016). I en studie från Finland undersöktes hur media belyser ingreppet. Även här finns beskrivningar av olika problem som störde kvinnornas liv och medförde att fritidsaktiviteter fick ställas in (Nykanen, Suominen, & Nikkonen 2011).

Det går att diskutera det stora antalet operationer som ändå utförs idag, kontra hur många kvinnor som lider av sina besvär. Ska flera operationer utföras för att minska lidandet, leder det till mer välmående kvinnor och en hälsosam befolkning? Eller bör man arbeta för att minska antalet operationer och lägga mer vikt vid andra behandlingar? En hållbar utveckling anses vara svaret på många miljöfrågor idag när rapporter om klimatförändringar avlöser varandra. Brundtlandskommissionen definierar begreppet enligt följande; *”Hållbar utveckling innebär utveckling som tillfredsställer dagens behov utan att kompromissa med kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov”* (Brundtland Report 1987). Vidare anses hållbar utveckling bestå av de tre dimensionerna: sociala, ekonomiska och ekologiska. Den sociala delen handlar bland annat om att alla ska ges samma möjligheter och om att säkerställa ett liv med livskvalitet. Att främja hälsa torde vara en central del i hållbarhetsarbetet då en hälsosam befolkning förbrukar mindre av våra gemensamma resurser för hälso- och sjukvård.

I studien av Uskul et al. (2003) beskriver kvinnorna att informationen från läkaren ofta var fokuserad på hysterektomi och att alternativ sällan nämndes. I Sverige anses dock operationen vara ett sista handsalternativ men det går att ifrågasätta hur mycket forskning som tillägnas andra behandlingar och åtgärder som inte gäller kirurgiska ingrepp. En studie från Indien belyser en normalisering av hysterektomi, vilken ökar bland låginkomsttagare som rutinbehandling för olika gynekologiska besvär och en intressant diskussion kring ojämställdhet på grund av kön och socioekonomisk klass

framkommer. Kvinnornas ansvar som inkomsttagare och vårdnadshavare och ett svagt hälsosystem tvingar dem till ingreppet för att säkra sin hälsa (Desai 2016). Diskussionen kan knappast överföras till svensk kontext, då skillnaderna är för stora men det går att diskutera hur prioriterad kvinnosjukvården egentligen är i Sverige idag och om ingreppet är normaliserat även här. Den i bakgrunden beskrivna synen på livmodern historiskt sett, som orsak till hysteri och anledningen till att kvinnan är underordnad mannen är fascinerande (Johannisson 1994, s. 197-198; Tasca et al. 2012). En diskussion kring jämställdhet och hur synen på livmodern ser ut idag skulle kunna ge svar på varför forskning och behandlingsmöjligheter inom området är eftersatt.

### **Att möta vårdens styrkor och svagheter**

En utmärkande del av resultatet rör kvinnornas erfarenheter avseende bristerna inom sjukvården gällande förmedlandet av information i samband med ingreppet. Att informationen ej uppfyller kvinnornas behov beskrivs även av andra studier utförda i Turkiet respektive Indien (Gercek, Dal, Dag & Senveli 2016; Desai 2016). I en studie från USA framkommer att en tredjedel av kvinnorna upplevde att informationen kring ingreppet var otillräckligt. De ville ha mer information kring livmoderns anatomi och fysiologi samt sjukhus- och operationsrutiner. Men även information kring emotionella förändringar och andra symtom efter operationen samt hormonbehandling (Wade, Pletsch, Morgan, & Menting 2000). Just information gällande emotionella förändringar och andra symtom uttryckte också flera kvinnor i föreliggande studie att de hade önskat mer av. Även forskning inom andra kirurgiska områden visar på att patienter generellt har stort behov av information och att de som är välinformerade är tryggare, känner sig mer delaktiga och har en kortare återhämtning efter operationen (Aasa, Hovbäck & Berterö 2013; Sjöstedt, Hellström & Stomberg 2011). Vikten av information går därmed att koppla till möjligheten att främja hälsa och den sociala och ekonomiska dimensionen av begreppet hållbar utveckling vilket diskuterats gällande andra områden tidigare.

Enligt Patientlagen (2014:821) ska kvinnan få information om sitt hälsotillstånd, olika behandlingar och väsentliga risker för komplikationer och biverkningar. Här går diskutera i vilken omfattning kvinnorna får information om risker och komplikationer inför operationen, vilka är de väsentliga riskerna? Flera kvinnor uppgav en förståelse över att vårdpersonalen inte ville skrämma upp dem i onödan men önskade en rak och ärlig kommunikation för att vara mentalt förberedda. Enligt kompetensbeskrivningen (Barnmorskeförbundet 2018) bör barnmorskan ha kompetens att tillgodose behovet av kunskap och information för att stärka kvinnan. I dagens digitaliserade samhälle är det naturligt att söka information på internet vilket även sågs i föreliggande studie. För en del kvinnor upplevdes denna informationssökning skrämmande. Vi tror att det kan vara bra att från vårdens sida erbjuda skriftlig information men även tipsa om tillförlitliga internetsidor såsom 1177.se.

Något som blev oerhört tydligt var kvinnornas önskemål om och behov av ett återbesök. Frånvaron av detta medförde en känsla av att vara utelämnad och ensam. Att likt en efterkontroll efter förlossning få komma till en barnmorska och få ställa frågor, få prata om samlivet och det allmänna måendet hade därmed säkert varit uppskattat. Där hade även en gynekologisk undersökning för att kontrollera stygn och läkning kunnat

erbjudas. Barnmorskeyrket förknippas allmänt idag mestadels med graviditet, förlossning eller antikonception, men kompetensområdet innefattar hela kvinnans reproduktiva och sexuella hälsa i ett livscykelperspektiv (Barnmorskeförbundet 2018). Inom detta område finns därför stora möjligheter för förbättringar gällande barnmorskans inverkan, och för att stödja och stärka kvinnor. Att operationen är ett rutiningrepp för vården kan leda till att förståelsen minskar för att det är en stor sak för individen och att varje kvinna har individuella upplevelser av den. Rent organisatoriskt finns det såklart brist på resurser inom vården idag men några kvinnor uppgav att de hade uppskattat ett uppföljande telefonsamtal åtminstone.

### **Att erfara ett nytt skede i livet med förändrade livsvillkor**

Resultatet visar på individuella skillnader gällande hur kvinnorna upplevde att sexualiteten förändrades. Detta hör givetvis ihop med hur man hade det innan och hur symtomen försvann efteråt. Olika erfarenheter kring hur sexualiteten påverkas återfinns även i andra studier. En australiensisk studie utförd av Ferroni och Deeble (1996) och litteraturstudien av Katz (2003) rapporterade inga större förändringar gällande sexualiteten. Forskning utförd i Turkiet av Gercek et al. (2016) fann istället att kvinnorna upplevde att de förlorat en del av sitt sexliv och oroade sig över sexualiteten och Wong och Arumugam studie utförd i Malaysia (2012) påvisade en minskning av sexuell aktivitet.

Kvinnorna upplevde ett övervägande positivt utfall av ingreppet genom att livet förbättrats på flera områden vilket ledde till en klart förbättrad livskvalitet och att tidigare begränsningar kring till exempel fritidsaktiviteter försvann. Detta bekräftas av flertalet studier (Ferroni & Deeble 1996; Rannestad et al. 2001; Uskul et al. 2008; Bayram & Beji 2010; Wong & Arumugam 2012; Pearce, Thøgersen-Ntoumani, Duda, & McKenna 2014; Desai 2016). Trots att kvinnorna upplevde en del nytillkomna besvär innebar ingreppet överlag en stor livsförbättring. Frånvaron av lidande ger dem mer tillgång till livet och till hälsa, med större möjligheter att genomföra stora och små livsprojekt. Kvinnorna äntrar nu ett nytt skede i livet med en förändrad livsvärld. Enligt Ekebergh (2016, s. 19) är livsvärlden de upplevelser och erfarenheter som människor var för sig bär på. Livsvärlden är unik för varje kvinna men vissa delar av den delas med varandra då gemensamma erfarenheter och upplevelser finns. Det är lätt att förstå att den grupp på Facebook varifrån informanter hämtats till denna studie är uppskattad av medlemmarna. Där finns möjlighet för kvinnorna att utbyta erfarenheter och få stöd av likasinnade.

Inför denna studie fanns en förförståelse kring att kvinnorna skulle ha mycket tankar och funderingar om kvinnlighetens varande efter operationen. Resultatet tyder på att för de flesta var det okomplicerat då man redan fött sina barn och därmed inte upplevde det vara någon stor grej. Detta synsätt bekräftas av andra studier (Ferroni & Deeble 1996; Wong & Arumugam 2012; Desai 2016) där en mycket liten andel av kvinnorna kände att livmodern var betydelsefull och hade någon annan funktion än reproduktion och man upplevde inte att kvinnligheten blev påverkad av operationen. Nyheim Solbrække och Bondevik (2015) beskriver i sin studie två skilda berättelser varav den ena är "de har avlägsnat det som gjorde mig till kvinna". I studien var dock några av de intervjuade kvinnorna i 25-årsåldern och hade inte fått barn. I bakgrunden nämns hur livmodern



historiskt sett varit central för förståelsen över vad en kvinna är och borde vara. Livmodern ansågs då vara viktig för kvinnligheten men idag kan ett antagande göras kring att livmoderns betydelse skiljer sig beroende på kvinnans ålder och om hon är klar med sitt barnafödande eller ej.

## **Slutsats och kliniska implikationer**

I studien framkom att kvinnors erfarenheter av att genomgå hysterektomi till stor del handlar om de mångåriga besvär som föregick operationen. Flera kvinnor beskrev ett onödigt lidande som orsakade en sänkt livskvalitet. Trots en del nytillkomna symtom ledde operationen överlag till en stor livsförbättring. Men bristen på stöd och otillräcklig information påverkar kvinnornas erfarenhet av ingreppet negativt. Framst avsaknandet av återbesök gjorde att kvinnorna kände sig utelämnade och ensamma. Vissa upplevelser skiljer sig åt naturligtvis då kvinnors erfarenheter är personliga och unika. Då den sexuella och reproduktiva hälsan är betydelsefull för kvinnans välbefinnande är det viktigt att lyfta dessa erfarenheter. Förhoppningen med denna studie är att skapa en djupare förståelse och kunskap kring kvinnors upplevelser av att genomgå hysterektomi för att på så sätt bidra till ökade möjligheter att omhänderta dessa kvinnor. Information ter sig vara av stor betydelse och barnmorskan har möjligheter att förbättra detta område. Ytterligare studier inom detta område behövs, för att i ett längre perspektiv kunna genomföra organisatoriska förändringar så att vården i högre utsträckning utformas efter kvinnors behov.

## REFERENSER

Andrea (2011). *Andrea bloggar*. <http://davidsmamma.blogspot.se/2011/09/> [2017-12-04]

Aparecida Barbosa Merighi, M., Moura de Oliveira, D., Pinto de Jesus, M C., Akiko Komura Hoga, L. & Garofalo de Oliveira Pedroso, A. (2012). Experiences and Expectations of Women submitted to Hysterectomy. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(3), 608-615.

Aasa, A., Hovbäck, M., & Berterö, C. M. (2013). The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11/12), 1604-1612. doi:10.1111/jocn.12110

Barnmorskeförbundet (1999). Den internationella etiska koden för barnmorskor. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf> [2017-12-13]

Barnmorskeförbundet (2018). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf> [2018-11-10]

Bayram, G., & Beji, N. (2010). Psychosexual adaptation and quality of life after hysterectomy. *Sexuality & Disability*, 28(1), 3-13. doi:10.1007/s11195-009-9143-y

Berg, M. (2009). Värdegrunden för barnmorskans yrkesutövning. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (Red). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

Bixo, M. & Landgren, B.M. (2015). Klimakteriet. I Jansson, P-O. & Landgren, B-M. (Red). *Gynekologi*. Lund: Studentlitteratur

Brundtland report (1987). *Our common future/Brundtland report*. Geneva: World Commission. [http://mom.gov.af/Content/files/Bruntland\\_Report.pdf](http://mom.gov.af/Content/files/Bruntland_Report.pdf)

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur

Danielsson, E. (2017). Kvalitativa forskningsintervju. I Henricsson (red). *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur

Desai, S. (2016). Pragmatic prevention, permanent solution: Women's experiences with hysterectomy in rural India. *Social Science & Medicine*, 151(C), 11-18.

Ekebergh, M. (2017). Hur kan konsten att förstå patientens värld integreras i vården? I Dahlberg, K. & Ekman, I. (red). *Vägen till patientens värld och patientcentrerad vård*. Stockholm: Liber AB

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process, *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), ss 107-115. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Ferroni, P. & Deeble, J. (1996) Women's subjective experience of hysterectomy. *Aust Health Rev.*1996;19(2):40-55.

Frida (2017). *Frida i underlandet*.

<http://fridaiunderlandet.blogg.se/category/hysterektomi.html> [2017-12-04]

Georgsson, S. & Stenström Bohlin, K. (2016). Gynekologi. I Kumlien, C. & Rystedt, J. (Red.) *Omvårdnad & Kirurgi*. Lund: Studentlitteratur.

Gercek, E., Dal N-A., Dag H. & Senveli S. (2016) The information requirements and self-perceptions of Turkish women undergoing hysterectomy. *Jan-Feb*;32(1):165-170. doi: 10.12669/pjms.321.7962.

Gunnarsson, J. & Dahlgren, E. (2015). Uterovaginal prolaps. I Jansson, P-O. & Landgren, B-M. (Red). *Gynekologi*. Lund: Studentlitteratur

Hulter, B. (2016). Sexuell hälsa. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A-K. (red.), *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur

Högskolan i Borås (2017) Riktlinjer för examensarbete på magisternivå. I huvudområdet sexuell och reproduktiv hälsa.

[https://www.hb.se/Global/Akademi%202/Student/Riktlinjer%20och%20mallar/H18\\_Riktlinjer%20-%20MAGISTER\\_Sexuell%20o%20reprod.pdf](https://www.hb.se/Global/Akademi%202/Student/Riktlinjer%20och%20mallar/H18_Riktlinjer%20-%20MAGISTER_Sexuell%20o%20reprod.pdf) [2018-09-17]

Johannisson, K. (1994). *Den mörka kontinenten : Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedt.

Katz, A. (2003). Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. *Journal of Advanced Nursing*, 42(3), 297–303

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lindberg, C. & Nolan, L (2001). 'Women's decision making regarding hysterectomy', *JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 30, 6, pp. 607-616,

Lindwall, L & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård- att förena teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur

Lundgren, I. & Berg, M. (2016). Professionellt förhållningssätt. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A-K. (red.), *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012) Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Marjoribanks, J., Lethaby, A., & Farquhar, C. (2016). Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016 Jan 29, (1): CD003855. doi: 10.1002/14651858. CD003855

Mattson, L-Å. (2009). (Red.) Hysterektomi vid icke-maligna tillstånd (Svensk förening för obstetrik och gynekologi, nr 61) Stockholm: Elanders

Mårdh, P-A, (2013). *Om kvinnors hälsa*. Studentlitteratur: Lund

Nyheim Solbrække, K. & Bondevik, H. (2015). Absent organs - Present selves: Exploring embodiment and gender identity in young Norwegian women's accounts of hysterectomy. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 2015;10, doi: 10.3402/qhw.v10.26720

Nykanen, K., Suominen, T. & Nikkonen, M. (2011). Representations of hysterectomy as a transition process in Finnish women's and health magazines. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 (3), pp. 608-616. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00861.x

Olovsson, M. (2016). (red). Endometriosis. (Svensk förening för obstetrik och gynekologi, nr 75) Stockholm: Elanders

Papadopoulos, M. S., Tolikas, A. C., & Miliaras, D. E. (2010). Hysterectomy--Current Methods and Alternatives for Benign Indications. *Obstetrics & Gynecology International*, 2010. doi:10.1155/2010/356740

Pearce, G., Thøgersen-Ntoumani, C., Duda, J., & McKenna, J. (2014). Changing Bodies. *Qualitative Health Research*, 24(6), pp. 738-748

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. (10th ed.)* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. s 814

Pålsson, M. & Zacharias, S. (2017) Gynop-registret, årsrapport från 2016  
[http://www.gynop.org/rapportering/rapporter/GynOp\\_Arsrapport\\_Hysterektomi2016.pdf](http://www.gynop.org/rapportering/rapporter/GynOp_Arsrapport_Hysterektomi2016.pdf) [2017-12-04]

Rannestad, T., Eikeland, O-J., Helland, H. & Qvarnström, U. (2000). Quality of Life, Pain, and Psychological Well-Being in Women Suffering from Gynecological Disorders. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. 9 (8), pp 897-903.

Rannestad, T., Eikeland, O-J., Helland, H. & Qvanström, U. (2001) The general health in women suffering from gynaecological disorders is improved by means of hysterectomy. *Scand J Caring Sci*; 15(3): pp. 264-270

Rådestad, A. (2009). Gynekologiska besvär. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (Red.) *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

SBU. Endometrios – Diagnostik, behandling och bemötande: en systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2018. SBU-rapport nr 277. ISBN 978-91-88437-19-8

SFS 2003:460. Lagen om etikprovning av forskning som avser människor. Stockholm: Sveriges Riksdag.

[http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460) [2017-11-30]

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Sveriges Riksdag.

[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) [2017-11-30]

SFS 2014:821 *Patientlagen*. Stockholm: Riksdag.

[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) [2018-11-25]

Sjöstedt, L., Hellström, R., & Stomberg, M. W. (2011). Patients' need for information prior to colonic surgery. *Gastroenterology Nursing*, 34(5), 390-397. doi:10.1097/SGA.0b013e31822c69b4

Socialstyrelsen (2017). Hysterektomi - D25, N80, N85.0, N85.1, N87, N92

<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/hysterektomi-d25-n80-n850-n851> [2017-12-13]

Sundström, K. (2009) Kvinnors reproduktiva hälsa. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (Red.) *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen. (2012). Öppna jämförelser av hälso och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting 2012.

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18842/2012-11-1.pdf> [2017-11-30]

Tasca, C., Rapetti, M., Carta, M.G. & Fadda, B. (2012). Women and hysteria in the history of mental health. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2012, 8, ss. 110-119.

Uskul, A., Ahmad, F., Leyland, N. & Stewart, D. (2008). Women's Hysterectomy Experiences and Decision-Making. *Women & Health*, 38:1, ss 53-67, DOI: 10.1300/J013v38n01\_04

Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm  
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> ss. 6–14. [2017-11-30]

Vomvolaki, E., Kalmantis, K., Kioses, E., & Antsaklis, A. (2006). The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. *European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care*, 11(1), ss. 23-27.  
doi:10.1080/13625180500430200

Wade, J., Pletsch, PK., Morgan, SW. & Menting SA. (2000) Hysterectomy: what do women need and want to know? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. Jan-Feb*; 29(1):ss. 33-42.

WAS, World Association for Sexual Health. (2013) Millenium Declaration.  
<http://www.worldsexology.org/resources/millennium-declaration/> [2017-12-19]

WHO (2006). Defining sexual health.  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/) [2017-11-30]

Wong, L., & Arumugam, K. (2012). Physical, psychological and sexual effects in multi-ethnic Malaysian women who have undergone hysterectomy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 38(8), 1095-1105.

# Bilaga 1



## HÖGSKOLAN I BORÅS

### *Information om studien "kvinnors upplevelser av att genomgå en hysterektomi"*

Vi är två sjuksköterskor som studerar på barnmorskeutbildningen vid Högskolan i Borås. En del av utbildningen består av att skriva ett examensarbete. Med vårt examensarbete är syftet att beskriva kvinnors upplevelse av att genomgå hysterektomi för att därigenom få större förståelse och kunskap kring vården.

Vi frågar Dig om Du frivilligt vill bli intervjuad om Din upplevelse.

Intervjuerna kommer göras utav oss två studenter. Du får själv välja önskad tid och plats för intervjun som kommer ta ca 30-60 minuter. Den kommer att spelas in och ordagrant överförs till text. Allt material hanteras konfidentiellt och förvaras på så vis att ingen, utöver intervjuarna, kan få tillgång till det. I resultatet avidentifieras dina personuppgifter. Intervjun är helt frivillig och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att motivera varför.

Om du önskar delta i studien, vänligen meddela oss via e-mail, telefon eller SMS senast 31/3 Vi kommer därefter kontakta dig via telefon för att bestämma plats och tid för intervjun. Samtyckesformulär erhålles i samband med intervjutillfället. Om du har frågor eller önskar ytterligare information kring studien är du välkommen att kontakta oss. Vi nås på telefon eller e-mail på nedanstående uppgifter.

Examensarbetet utförs under handledning av Åsa Larsson, Universitetslektor vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på telefon: 033-4354165 eller e-mail: asa.larsson@hb.se

Med vänliga hälsningar

Namn: Alexandra Lustbäck

Tel: 0701713565

Mail: alexandra.lustback@hotmail.com

Namn: Elisabeth Ulvebro

Tel: 0702567880

Mail:elisabeth.brannstrom@hotmail.com

## Bilaga 2



HÖGSKOLAN I BORÅS

### *Samtyckesformulär*

Jag har tagit del av medskickad information angående intervjustudien om kvinnors upplevelse av att genomgå hysterektomi och är väl införstådd med informationen. Jag är även medveten om att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att behöva motivera mitt val. Jag har också fått information om vilka jag ska vända mig till för eventuella frågor kring studien.

Jag samtycker till att delta i studien

Namn .....

Namnförtydligande .....

Ort och datum .....

Med vänliga hälsningar

Alexandra Lustbäck

Tel: 0701713565

Mail: alexandra.lustback@hotmail.com

Elisabeth Ulvebro

Tel: 0702567880

Mail: elisabeth.brannstrom@hotmail.com



## **Bilaga 3**

### **Intervjuguide**

Namn:

Ålder:

Indikation:

Datum operation:

**Vill du berätta för oss om dina upplevelser av att genomgå hysterektomi?**

*Preciserande frågor:*

Tankar/känslor inför operation?

Förväntningar på efterförlopp?

Tankar om sexualitet, klimakteriet?

Upplevelser om vården?

*Följdfrågor:*

Hur kändes det då?

Vad upplevde du då?

Hur tänker du då?

Hur menar du då?

Kan du ge exempel?