

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ  
I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2009:17

Att ge liv och hälsa  
Upplevelser av att vara levande donator

Cecilia Jennerhed

Jimmy Johansson



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Att ge liv och hälsa – Upplevelser av att vara levande donator.
Författare:	Cecilia Jennerhed Jimmy Johansson
Ämne:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	SSK 27A
Handledare:	Gudrun Rudolfsson
Examinator:	Eva Persson

## Sammanfattning

Vissa livshotande sjukdomar i njure och lever kan idag behandlas genom att organ eller delar därav tas från levande friska donatorer och ges till en svårt sjuk mottagare. Donatorn kan alltså rädda livet på en annan människa, och bidra till att ge någon hälsa. Tidigare forskning visar att donatorer har bättre livskvalitet och hälsa i jämförelse med genomsnittsbefolkningen. Dock framkommer där också att det fanns upplevelser hos donatorerna som var mindre positiva. För att sjuksköterskan skall kunna vårda dessa patienter på ett bra sätt behövs en djupare förståelse för donatorernas upplevelser av donationen. Syftet med studien är därför att undersöka upplevelser av att vara levande njur- eller leverdonator. Denna litteraturstudies kvalitativa artiklar har analyserats och bearbetats med utgångspunkt från Evans metod för beskrivande syntes. Resultatet består av tre huvudteman och sex subteman som visar att det är motstridigt och komplext att vara levande donator. Donatorer uttrycker upplevelser av glädje att kunna ge livet och hälsa som gåva. De upplever stärkta relationer med sina närmaste. Samtidigt upplever de känslor av att inte vara förberedda på att kroppen förändras och de starka upplevelserna av smärta och trötthet. Känslor av att inte bli sedd och bekräftad som patient, och dessutom känslor av att inte vara betydelsefull utgör delar av donatorernas upplevelser. Diskussionen behandlar donatorernas lidande och hur detta kan lindras av vårdaren. Dels genom sitt förhållningssätt gentemot donatorerna men också genom att de ges utförlig information och noggrann uppföljning.

Nyckelord: Levande donator, upplevelser, erfarenheter, njurdonation, leverdonation

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Historik	1
Lagar	2
Fördelar med att få ett organ från en levande donator	2
Operationsteknik vid njurdonation	2
Operationsteknik vid leverdonation	3
<b>Vårdvetenskapliga utgångspunkter</b>	<b>3</b>
Kroppen	3
Livsvärlden	4
Hälsa	4
Lidande	4
<b>Tidigare forskning</b>	<b>5</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>6</b>
<b>SYFTE</b>	<b>7</b>
<b>METOD</b>	<b>7</b>
Litteratursökning	7
Analys	8
<b>RESULTAT</b>	<b>9</b>
<b>Att ge liv och hälsa</b>	<b>9</b>
Glädjen av att ge	9
Stärkta relationer	10
<b>Att inte vara förberedd</b>	<b>10</b>
Att gå från frisk till sjuk	11
Smärta och trötthet	11
<b>Att inte bli sedd och bekräftad</b>	<b>12</b>
Att inte bli sedd som patient	12
Att inte ses som betydelsefull	13
<b>DISKUSSION</b>	<b>14</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>14</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>15</b>
<b>Implikationer</b>	<b>17</b>
<b>Slutsats</b>	<b>18</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>19</b>
<b>BILAGA 1</b>	<b>22</b>
<b>BILAGA 2</b>	<b>23</b>

# INLEDNING

Båda författarna har under utbildningens gång praktiserat på en medicinavdelning, där båda kom i kontakt med svårt njursjuka patienter som genomgick dialysbehandling flera gånger i veckan i väntan på en ny njure. Därför väcktes frågor och funderingar kring organdonation. Forskningen och den medicinska utvecklingen går hela tiden framåt vilket har möjliggjort att organ i dag kan tas från levande donatorer. Att vara levande donator innebär att man kan rädda livet och ge hälsa till någon närstående genom att ge bort en del av sig själv. Denna enastående handling och dessa människor förtjänar att uppmärksammas och författarna valde därför att fördjupa sig i dessa människors upplevelser.

# BAKGRUND

## Historik

Enligt Järhult och Offenbartl (2006) innebär ordet transplantation överflyttning. Vid en organtransplantation tas hela eller delar av ett friskt organ från en person och ges till en annan. Den person som ger sitt organ kallas för donator. Vid vissa sjukdomar i lever och njurar är detta det enda alternativet för att rädda den svårt sjukes liv. Sedan mitten av 1960-talet är njurtransplantation i stort sett en rutinåtgärd i slutstadiet vid svår njursjukdom. Den vanligaste anledningen för levertransplantation är leversvikt till följd av kroniska leversjukdomar. Det förekommer även transplantation vid levercancer, om den är utan spridning.

Det råder en global brist på organ för donation. Trots att flera insatser görs för att öka tillgången på organ från avlidna, så fortsätter efterfrågan i västvärlden att bli större och större. I flera länder väljer man därför att försöka öka antalet levande donatorer. Dessutom är kvaliteten på organ från levande donatorer bättre än organ från avlidna (Drognitz, Donauer, Kamgang, Baier, Neeff, Lohrmann, Pohl, Hopt, Kirste & Pisarski, 2006). I Sverige genomförs runt 300 njurtransplantationer årligen, och levande givare står för omkring 40 % av dessa (Almås, 2006). Sedan 1989 har 12000 levertransplantationer med levande donator genomförts i världen (Nadalin, Malagò, Radtke, Erim, Saner, Valentin-Gamazo, Schröder, Schaffer, Sotiropoulos, Li, Frilling & Broelsch, 2007). I Sverige ligger antalet levertransplantationer runt 120 per år, och av dessa utgörs runt 5 % av transplantationer från levande givare (Donationsrådet, 2007).

Tack vare immunologins utveckling och utvecklandet av nya effektiva mediciner blev det från slutet av 1980-talet möjligt med njurdonation från makar eller sambor, och sedan 1996 även från nära vänner (Fehrman-Ekholm, 2004). Tidigare var urvalskretsen mindre, och omfattade enbart föräldrar och syskon (Johnson & Tufveson 2002). Den första levertransplantationen från en levande donator genomfördes i Sverige 1996. En förälder donerade en del av sin lever till sin 15 månaders baby som led av en svår leversjukdom (Nationalencyklopedin [NE], 2008). En grundläggande förutsättning för transplantation i allmänhet, är att donator och mottagare har blodgruppsförenlighet, det vill säga att mottagaren inte har antikroppar mot donatorns blod. Anledningen till detta

är att risken är stor för att mottagarens immunsystem sätter igång en snabb och massiv avstötning, eller rejektion, mot det främmande organet (Johnson & Tufveson, 2002).

## **Lagar**

Enligt transplantationslagen (SFS 1995:831) är kravet för att bli levande donator först och främst att vederbörande fyllt 18 år. Vidare ställs höga krav på att den potentiella donatorn blivit väl informerad om vad donation innebär och om dess risker och konsekvenser. Därefter krävs också dennes skriftliga samtycke. Särskilda regler gäller där donatorn är minderårig eller lider av psykisk sjukdom. Enligt socialstyrelsen (SOSFS 1997:4 (M)) bör i första hand donatorn vara en person som är släkt med mottagaren av organet men om inte detta är möjligt kan även andra komma i fråga. Den potentiella donatorn bör ha en mycket nära relation till, ett stort intresse för, och en stark vilja att hjälpa mottagaren. Dessa lagar och riktlinjer är till för att skydda donatorn, framförallt från tvång. Det får inte finnas några tvivel att viljan att donera är helt frivillig, att donatorn är korrekt informerad om risker med operation och framtida komplikationer, och att donatorn är vid sina sinnens fulla bruk. Av dessa anledningar genomförs också en psykologisk och social undersökning och utvärdering innan donatorn kan accepteras (Almås, 2006).

## **Fördelar med att få ett organ från en levande donator**

Fördelarna med att få ett organ från en levande donator är för mottagaren flera. Först och främst handlar det naturligtvis om att den njur- eller leversjuka inte hinner dö under väntan på ett organ från en avliden. Vidare är det mycket värdefullt att transplantationen och dess operation kan planeras i förväg (Clayton, 2008). Den potentielle njur- och leverdonatorn går igenom en extremt omfattande hälsoundersökning. Funktionen hos hjärta, lungor, lever och njurar undersöks, vidare kontrolleras aorta, njurkärl och urinvägar (Almås, 2006). För njurdonatorn handlar det allt som allt om 53 olika sorters blod- och urinprover, samt 9 olika undersökningar (Fehrman-Ekholm, 2006). När det gäller leverdonation så utförs utöver ovanstående också datortomografi och angiografi (Johnson & Tufveson, 2002). Allt detta görs för att säkerställa att donatorn inte löper någon risk i samband med ingreppet, och för att den donerade njuren eller delen av lever är i så perfekt skick som möjligt inför operation. I och med att ingreppet sker planerat och att tiden som organet är utan blod och därmed syreförsörjning blir kort, minskar potentiella skador på detsamma (Johnson & Tufveson, 2002; Nadalin, et al., 2007). Utsikterna för att den donerade njuren eller delen av levern kommer att fungera blir i och med allt detta större. Exempelvis innebär detta att ett år efter en förstagångstransplantation med en njure från en levande donator, fungerar den fortfarande hos 95 % av mottagarna. Efter fem år är siffran 89 %. Motsvarande siffror för avliden donator är 88 % efter ett år och 79 % efter fem år (Almås, 2006).

## **Operationsteknik vid njurdonation**

Två olika tekniker har använts vid njurtransplantation från levande donator, öppen kirurgi och på senare år laparoskopisk, eller titthålskirurgi som det också kallas. Den laparoskopiska tekniken har inneburit att donatorn har mindre smärta och får mindre

problem med operationssår. Därför är detta nu också den vanligaste tekniken (Hadjianastassiou, Johnson, Rudge & Mamoden, 2007). Omedelbart efter att den ena njuren tas bort halveras donatorns njurfunktion. Dock växer den kvarvarande njuren till sig, vilket så småningom leder till att donatorns totala njurfunktion uppgår till cirka 70-75 % av den normala kapaciteten, vilket är mer än tillräckligt för kroppens behov (Johnson & Tufveson, 2002). I Sverige har ingen hittills avlidit efter njurdonation. Dock inträffar allvarliga komplikationer såsom blödning, lungemboli, hjärtinfarkt, och leverskador i mellan 0,5 % och 2 % av fallen (Johnson & Tufveson, 2002). Mindre allvarliga komplikationer som atelektaser, lunginflammation, pneumothorax, urinvägsinfektion, tarmparalys och sårinfektion är dock inte helt ovanliga.

### **Operationsteknik vid leverdonation**

Levertransplantation är i jämförelse betydligt svårare rent operationstekniskt men också avstöttningsreaktioner har varit svårare att bemästra (Järhult & Offenbartl, 2006). Precis som njurkirurgin görs leverkirurgin antingen med öppen teknik eller med titthålsteknik. Titthålskirurgin används när mindre delar av levern skall tas bort. Vid en leverresektion kan upptill två tredjedelar av levern tas bort utan symtom, eftersom levern är ett organ som har förmågan att växa ut och återhämta sig. Redan inom 10 dagar brukar den ha återvuxit med runt 85 % (Nadalin et al., 2007). Vilken del av levern som transplanteras beror på om mottagaren är ett barn eller en vuxen person. Vid en transplantation till barn tas delar av vänster leverlob respektive höger leverlob till vuxna. Detta görs därför att det ger bättre resultat för vuxna att få höger leverlob än vänster. Det kirurgiska ingreppet är större vid uttagandet av höger leverlob än vid vänster, i huvudsak därför att höger leverlob utgör en större del av levern än den vänstra loben gör. Detta medför också att uttagandet av höger leverlob är mer risk- och komplikationsfyllt för donatorn (Johnson & Tufveson, 2002).

## **Vårdvetenskapliga utgångspunkter**

### **Kroppen**

Den stora operationen innebär alltså för donatorn en relativt lång återhämtningsperiod; kroppen är förändrad och måste läka. Samtidigt kan, ur ett vårdvetenskapligt perspektiv, kroppen förstås som något mer än bara en fysisk gestalt. Den är bärare av människans livshistoria, mening och självbild. Kroppen är säte för tankar och känslor, och är medlet för människans kontakt med världen (Wiklund, 2003). Merleau-Ponty (1997, refererad i Wiklund, 2003) hävdar att kroppen är det medel med vilket människan förhåller sig till världen. Alla människor har ett unikt förhållande till sin kropp. Man kan inte gå ifrån den, och det är genom kroppen man upplever både sig själv och världen. Människan "är" sin kropp. Den är residens inte bara för människans upplevelser utan också för dess identitet. Människan kan känna sig främmande inför, och uppleva kroppen som gåtfull när den inte svarar som den brukar. Människan upplever inte längre ett välbefinnande i sin kropp, utan upplever ett lidande över att inte längre kunna tillgå sin värld på det sätt den är van. Därför är det viktigt att sjuksköterskan och vården inte bara fokuserar på donatorns kropp och operationssår. Smärta och sjukdom kan göra att människan känner sig främmande inför sin kropp, och börjar uppleva världen på ett nytt sätt (Wiklund,

2003). När kroppen fungerar som den förväntat ska göra, så upplever människan sig själv som hel. Det är först när skada, sjukdom eller andra hot drabbar kroppen som en splittring uppstår i helhetsupplevelsen. Lindwall (2004) menar att det hos människan, när hon upplever välbefinnande och hälsa, finns ett oberoende till den egna kroppen, och en förväntan om att man ska kunna påverka den med sin vilja. Det viktiga är att se helheten, hela människan. Genom människans sinnen skapas en bild av självet och den värld man lever i, livsvärlden.

### **Livsvärlden**

Livsvärlden beskriver Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) är den värld människan lever i, den verklighet som människan ständigt är i och tar förgiven. När människan tillber, avskyr, önskar, reflekterar, arbetar och leker görs det i denna, vår egen livsvärld. Det är i denna världen människan upplever, erfar och söker meningen med livet. Så länge människan lever, når människan världen genom den egna livsvärlden vilket innebär att människan aldrig kan komma ur eller bort från den. Detta innebär att när kroppen förändras, som hos levande donatorer efter operationen, förändras också människans upplevelse av sig själv, och det förändrar också människans tillgång till världen, livsvärlden förändras.

### **Hälsa**

Wiklund (2003) skriver att hälsa är ett mångfacetterat begrepp, vilket innebär att det inte finns några tydliga och påtagliga gränser för vad som är hälsa och vad som inte är det. Alla människor uppfattar begreppet hälsa olika men hälsa kan även uppfattas på olika sätt av samma person beroende på vart i livet människan befinner sig. För levande donatorer som genomgått en stor operation kan uppfattningen om, och upplevelser av hälsa och ohälsa bli annorlunda än den var innan operationen. Att ha hälsa kan beskrivas som en känsla av sundhet, friskhet och välbefinnande. Hälsa som sundhet kan beskrivas hur väl människan på ett tankemässigt och känslomässigt plan lyckas övervinna olika hinder i livet. Friskhet kan däremot jämföras med att människan på alla plan är kroppsligt helt frisk. Välbefinnandet utgår i stället från den egna livsvärlden och har att göra med människans inre upplevelser. Välbefinnandet för den enskilda människan blir således unikt och personligt.

### **Lidande**

Lidandet enligt Eriksson (1993) beskrivs som en personlig upplevelse och att det därför kan vara svårt att förstå vad lidandet innebär för den enskilda människan. Lidandet finns överallt och är ständigt med oss, men människan är inte medveten om det förrän hon hamnar i en ohållbar situation som gör lidandet outhärdligt. Det utgör alltså en del av det mänskliga livet. Wiklund (2003) skriver att vårdarens uppgift är att försöka hjälpa patienten att lindra lidandet men för att kunna göra det behöver patienten känna förtroende och tillit till vårdaren, och att vårdrelationen känns trygg och säker. Eriksson (1993) menar att det är av stor vikt att de som arbetar inom vården hjälper patienten att finna meningen med lidandet för att uppnå välbefinnande.

Eriksson (1993) delar in lidandet i tre kategorier. Sjukdomslidandet, skriver Wiklund (2003) förknippas med de symtom, problem men även upplevelser av att vara begränsad av sjukdom. Att människan inte orkar eller inte längre är förmögen att genomföra vissa handlingar och aktiviteter som hon normalt sett orkar med i sitt dagliga liv. För den levande donatorn utgör sjukdomslidandet den begränsning och de problem som den stora operationen för med sig.

Levande donatorer i likhet med andra patienter kan komma att uppleva den form av lidande som Eriksson (1993) definierar som vårdlidande. Detta innebär det lidande som inte är knutet till själva sjukdomen, det vill säga det lidande som patienten upplever som en följd av brister i vården, behandlingen samt medicineringen. Det kan handla om att människan som patient vårdas på ett ovärdigt sätt, att vården uteblir eller att den vård som ges inte infriar de förväntningar patienten har. Det kan även enligt Wiklund (2003) handla om brister i vårdens genomförande och organisation.

Eriksson (1993) beskriver att livslidandet är det lidande som är knutet till den mänskliga existensen, till människans livssituation. Att inte bli sedd, bekräftad, lyssnad till, hörd på eller förstådd kan utgöra ett hot mot det egna livet. Lidandet kan ses som en kamp mellan det goda och det onda, mellan lidande och lust. En kamp mellan skam och värdighet, en kamp mellan lust och olust är Wiklunds (2003) beskrivning. För att få hälsa måste patienten ta upp kampen om lidandet. Denna kamp kan enligt Eriksson (1993) beskrivas som ett drama, lidandets drama, ett försök till att lindra lidandet. Lidandets drama kan delas in i tre akter. I den första akten, skriver Wiklund (2003), måste patientens lidande ses och bekräftas. I nästa akt måste lidandet ges utrymme, vilket innebär att den lidande människan måste ges möjlighet att lida ut och inte släta över eller förtränga lidandet. Försoningen, den sista akten, är där man först kan förlika sig med sitt lidande och det är först då människan kan se en mening med lidandet.

## **Tidigare forskning**

I tidigare gjord kvantitativ forskning ges generellt en positiv bild över hur det är att vara organdonator. Statistiken säger allmänt att organdonatorer i större utsträckning än genomsnittsbefolkningen uttrycker en god livskvalitet. I Clemens, Thiessen-Philbrook, Parikh, Yang, Karley, Boudville, Ramesh Prasad och Gargs (2006) systematiska litteraturoversikt över levande njurdonatorers psykosociala hälsa beskriver författarna hur de flesta av dessa i enkäter och frågeformulär uppger att livskvaliteten är lika eller bättre än befolkningen i stort. Även i Middleton, Duffield, Lynch, Padbury, House, Stanton, Verran och Madderns (2006) systematiska litteraturstudie över resultatet av levande leverdonation från vuxna, visar författarna på studier av livskvalitet där levande leverdonatorer i jämförelse med en övrig frisk befolkning hade lika eller bättre livskvalitet. Samtidigt är livskvalitet ett stort begrepp som kan vara svårt att definiera. Dock visar de mer ingående kvantitativa undersökningarna på donatorers upplevelser följande: I Clemens et al. (2006) beskriver författarna att jämfört med övrig befolkning uppger njurdonatorer att de upplever sig som mer lugna, mer nöjda, mer glada, och att

de i mindre utsträckning känner att livet är meningslöst. De har i större utsträckning en känsla att livet är värt att leva.

I Nadalin et al. (2007) undersöktes självbilden hos njurdonatorerna. Flera angav att de efter donationen kände större självkänsla, att de var mer nöjda med sig själva, kände stolthet, kände sig modiga och även heroiska. Vidare uttryckte många att de upplevde att de vuxit som människor till följd av donationsprocessen. Även leverdonatorer uppger generellt att de erfor en större självkänsla efter donation. 95 % av donatorerna uppger att de kände lycka, och majoriteten av dessa angav att den känslan växte sig starkare efter donationen. Även i en enkätstudie gjord av Fehrman-Ekholm, Brink, Ericsson, Elinder, Dunér, och Lundgren (2000) beskrivs att nästan alla som svarade att donationen hade stor inverkan på deras liv uppger också att det var en positiv sådan. I denna studie förekom också kommentarer om att de var stolta över att ha gjort något bra i livet och en glädje över att kunna ge.

Forskningen visar också att alla donatorer inte bara har positiva upplevelser av donationen. I Clemens et al. (2006) förekommer också känslor som besvikelse, upplevelser av att bli ignorerad, övergiven och att inte bli uppskattad. Detta förekommer hos upp till en tiondel av donatorerna. Även känslor av förlust och sorg förekom. Dessa känslor var särskilt starka när transplantationen misslyckats, där det donerade organet hade stötts bort eller där mottagaren dött (Clemens et al., 2006; Nadalin et al., 2007). I Middleton et al. (2006) uppger 15 % av leverdonatorerna att de upplevde att informationen som gavs till dem var otillräcklig. Vidare upplevde runt en tredjedel att tillfrisknandet för dem själva tog längre tid än förväntat, mellan en tredjedel och hälften upplevde smärtan som värre än förväntat, och runt en tredjedel upplevde att operationsärrät efteråt också var värre än förväntat. Nadalin et al. (2007) skriver att det råder samband mellan hur stor del av levern som tagits bort och känslomässig och psykisk återhämtning. I Fehrman-Ekholm et al. (2000) enkätstudie svarade deltagarna också att de upplevde att de inte följdes upp tillräckligt regelbundet. En annan stor aspekt i studierna var upplevelser av stress och svårigheter med sin ekonomiska situation efter donationen (Clemens et al., 2006; Nadalin et al., 2007). I Fehrman-Ekholm et al. (2000) uppger även en tredjedel av de svenska donatorerna att de inte kompenseras tillräckligt ekonomiskt. Ett genomgående resultat i de kvantitativa studierna är dock att donatorer inte ångrar sig; de skulle göra om samma sak igen om det behövdes (Clemens et al., 2006; Fehrman-Ekholm et al., 2000; Middleton et al., 2006; Nadalin et al., 2007).

## **PROBLEMFORMULERING**

I tidigare gjord kvantitativ forskning framträder en bild av organdonatorn som i stora delar är mycket positiv. En vård baserad på enbart sådan forskning kan innebära att den blir otillräcklig. För att kunna vårda donatorn på ett bra sätt krävs ett hänsynstagande inte bara av deras kroppsliga förändring, utan också av att deras livsvärld ser annorlunda ut. Hela deras livssituation, deras vanliga tillvaro är för en tid helt omkastad efter själva operationen. Detta kan för donatorn innebära olika former av lidande. För att donatorn skall kunna uppnå hälsa och välbefinnande måste detta lidande ses, mötas och även ges

utrymme för. Därför är det viktigt för sjuksköterskan att få en ökad kunskap om, samt förståelse för hur donatorn både på kort och på lång sikt upplever donationen.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva upplevelser av att vara levande njur- eller leverdonator.

## **METOD**

I denna studie har en kvalitativ ansats använts. Utgångspunkten har varit Evans metod (Evans, 2002) för beskrivande syntes. Studien bygger på nio kvalitativa artiklar om erfarenheter och upplevelser av att vara levande donator. Eftersom metoden enligt Friberg (2006) bygger på att sammanställa flera studiers resultat kan det leda till ett mer omfattande kunskapsvärde. Den kvalitativa forskningen ligger till grund för det praktiska vårdarbetet där fokus ligger på både att förstå vad lidande innebär för patienten och på att patientens upplevelser, erfarenheter, förväntningar och behov tillgodoses. De kvalitativa studierna kan vara vägledande och på så sätt utgöra grunden för det evidensbaserade vårdandet.

### **Litteratursökning**

I studien har databaserna *Cinahl*, *Medline*, *Academic Search Elite* och *Wiley Interscience* använts. Dessa databaser valdes eftersom de är stora databaser för medicinsk och vårdvetenskaplig forskning. Genomförda artikelsökningar finns presenterade i en översikt i bilaga 1.

De sökord som använts är följande: *Living donor\**, *experience\**, *decision making*, *liver\**, *donation process\**, *nursing\**, *qualitative\**, *kidney\**, *car\**, *qualita\**, *experience*, *phenomen\**, *altruistic\**, *quality of life*. *Interview\** och *living kidney\**. Den inledande artikelsökningen gjordes i *Cinahl*, där fältet för abstract fylldes i och sökorden som användes var *Living don\** och *experience\**. Detta resulterade i endast 28 träffar. I den andra övergripande sökningen i *Wiley Interscience* fungerade inte sökfältet för avancerad sökning, därför användes endast sökordet *Living donor\** till en början. Det resulterade i 2242 träffar, vilket var positivt i och med att det påvisade att det faktiskt fanns forskning inom det valda området. Dock behövdes fler sökord för att avgränsa området. Vidare sökning i *Wiley Interscience* med sökorden *Living don\** och *experience* gav även det för många träffar för att kunna urskilja användbara artiklar. I nästa steg användes i stället en kombination av tre sökord, exempel på kombination är *Living donor\**, *experience\** och *interview\** för att begränsa sökresultatet ännu mer.

Sökorden kombinerades på olika sätt i databaserna för att få bästa möjliga sökresultat. Detta resulterade i att 40 användbara artiklar hittades. Dessa analyserades senare mer noggrant. Abstractet i varje artikel lästes igenom för att skapa en uppfattning om innehållet, vilken metod som använts och om de kunde svara på studiens syfte. Av de 40 artiklarna valdes 20 ut för vidare läsning i fulltext. Mycket kvantitativt gjord forskning hittades, men även forskning gjord på mottagaren av organet och själva beslutsprocessen. Över hälften av de utvalda 20 artiklarna stämde inte överens med det

syfte och den metod som valts. En generell uppfattning var att det var underskott på kvalitativa artiklar som passade syftet. Till slut återstod det endast nio artiklar som svarade på syftet, dessa valdes ut och användes till resultatet. De valda artiklarna är publicerade mellan perioden 2003-2008. Av artiklarna som granskats kommer tre från Sverige, två från Norge, en från USA, en från Kanada, en från Tyskland och en från Storbritannien. Samtliga artiklar finns presenterade i en översikt över analyserad litteratur i bilaga 2.

Begränsningar som gjordes i databaserna var att artiklarna skulle vara Peer Reviewed, för att säkerställa att de var vetenskapliga. För att garantera att artiklarna var relevanta samt aktuella skulle tidsperspektivet på artiklarna löpa mellan perioden 1998-2008. Inklusionskriterierna vid sökning av de kvalitativa artiklarna var att de skulle belysa levande donatorers upplevelse efter den genomförda operationen. Det organ som donerats skulle antingen vara en njure eller delar av levern. Ingen vikt lades vid åldern för mottagaren av organet då det är upplevelsen av att vara levande donator som åsyftas med studien. Artiklarna skulle även vara skrivna på engelska. Citat skrivna på engelska har använts för att öka trovärdigheten men även för att bevara och stärka innebörden av donatorns levda upplevelser och erfarenheter.

## **Analys**

I Evans metodartikel (2002) handlar analysgången om att först sammanställa data. Artiklarna lästes igenom flera gånger med ett öppet sinne, för att förstå dem i sin helhet. Varje artikels resultat analyserades var för sig och meningsbärande enheter som svarade på syftet identifierades. Meningsbärande enheter kan vara hela stycken, ord eller meningar som besvarar syftet. Artiklarna lästes av båda författarna men var för sig. En översikt av de meningsbärande enheterna gjordes vilket visade att i stort sett samma meningar valts ut av båda författarna. Dessa markerades och fick varsitt nummer beroende på var någonstans i texterna de funnits. Därefter delades de meningsbärande enheterna in i likheter och skillnader och fynden skrevs ner på färgat papper, en färg för varje vald artikel, som senare klipptes ut. Varje artikel fick ett nummer mellan ett och nio för att lättare hålla reda på varifrån respektive meningsbärande enhet kom, och för att på ett enkelt sätt kunna gå tillbaka till sammanhanget det stod i. Dessa lades sedan ut på ett stort bord för att skapa översikt över fynden och för att systematiskt kunna gå igenom dem. Då kunde ett mönster till slut urskiljas vilket resulterade i att likheter och skillnader identifierades. Dessa delades in i sex subteman som namngavs med avsikt att återge innebörden av texterna. De sex subteman som utgjorde det nya resultatet delades vidare in i tre övergripande teman. I den sista och slutgiltiga fasen gavs varje övergripande tema med tillhörande subteman en beskrivande text som återgav innehållet.

## RESULTAT

Tabellen beskriver tre teman med tillhörande subteman i respektive kolumn.

Att ge liv och hälsa	Att inte vara förberedd	Att inte bli sedd och bekräftad
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Glädjen av att ge</li><li>▪ Stärkta relationer</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Att gå från frisk till sjuk</li><li>▪ Smärta och trötthet</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Att inte bli sedd som patient</li><li>▪ Att inte ses som betydelsefull</li></ul>

### Att ge liv och hälsa

Att kunna hjälpa en närstående som tidigare lidit av en kronisk sjukdom men som nu återfått hälsa, upplevdes som något fantastiskt och donatorerna kände både glädje och stolthet över vad de åstadkommit. Även i de fall där transplantationen misslyckats var glädjen av att ge den genomgående starkaste upplevelsen. Relationerna mellan donator och mottagare stärktes efter donationen, men även relationsbanden inom familjen och bland de närmaste vännerna.

### Glädjen av att ge

Glädjen över att bidra till ett bättre liv för mottagaren var för många av donatorerna den mest bestående känslan. Att se mottagaren tillfriskna och se dennes förbättrade hälsa växa fram, såg donatorerna på med stor lycka. De uttryckte enorm stolthet över sin insats. Dessa känslor förstärktes framför allt av mottagarens, familjemedlemmars och vänners uppskattning av dem och deras handling (Andersen, Bruserud, Mathisen, Wahl, Hanestad & Fosse, 2007). Donatorerna erfor en känsla av djup tillfredsställelse över att ha åstadkommit något gott, och som bekräftade för dem att de gjort var meningsfullt.

*I feel very proud to have donated to my sister and the whole experience has been very positive for all of us. When I see her I feel really proud what I've done, it's like an amazing experience. You feel you have done something really worthwhile in your life (Gill & Lowes, 2008, s.1612).*

Deras självkänsla ökade, och de upplevde att de växte som människor. Donatorerna upplevde att de hade gjort något enastående och speciellt, något som få människor går igenom (Brown, Karley, Boudville, Bullas, Garg & Muirhead, 2004).

*For me, being a donor means personal growth. Being a donor makes me so proud (Andersen, Mathisen, Öyen, Wahl, Hanestad & Fosse, 2005, s. 94).*

De uppgav också att donationen påverkade deras sätt att se på och uppskatta livet. Att gå igenom en stor operation tillsammans med mottagaren gjorde att synen på livet påverkades dramatiskt; de menade att de inte tog saker och ting för givna längre (Brown et al., 2004). Majoriteten av de undersökta donatorerna kände inte någon ånger över att ha donerat. De skulle göra det igen, utan någon som helst tvekan (Andersen et al., 2007; Brown et al., 2008; Gill & Lowes, 2008).

*It was an honor to be able to do that, and I'd do it again in a minute* (Brown et al., 2008, s. 97).

För vissa av donatorerna misslyckades transplantationen, det vill säga att donatorns organ stöttes bort av mottagaren, vilket i de värsta fallen fick som följd att denne avled. De som var med om detta upplevde känslor av djup sorg, nedstämdhet, depression, tomhet, känsla av förlust och svårigheter med att komma över dessa känslor för att kunna gå vidare i livet (Andersen et al., 2007; Walter et al., 2006). Haljamäe, Nyberg och Sjöström (2003) beskriver att även skuld-känslor förekom, skuld över att inte ha kunnat ge ett tillräckligt bra organ. Även om dessa känslor var mycket starka så påverkades dock inte deras positiva syn på handlingen, eller ledde till att de ångrade beslutet att donera. Känslan av att ändå ha bidragit med vad man kunnat var den genomgående, glädjen av att ge var fortfarande mest betydelsefull.

*Yes, but I would still do it again...even if I gave him a week, at least, I gave him something* (Brown et al., 2008, s. 97).

### **Stärkta relationer**

Ett genomgående tema i donatorernas berättelse var upplevelsen av att relationerna till de närmast inblandade blev starkare, dels mellan donator och mottagare, men också inom familjen och de närmaste vännerna. Den påfrestande situationen som upplevelsen av donationen innebar, visade dem också vad de var kapabla att gå igenom tillsammans (Crowley-Matoka, Siegler & Cronin, 2004). Det gjorde att donatorerna upplevde att de själva och många av deras närmaste kände att prioriteringarna i livet ändrats; man ville visa varandra uppskattning och njuta av livet med varandra här och nu (Brown et al., 2008).

*I think we're all feeling like we need to appreciate each other and enjoy what we have now* (Brown et al., 2008, s. 97).

### **Att inte vara förberedd**

Före själva donationen såg alla donatorer sig som friska och vid hälsa. Detta bekräftade även alla fysiska kontroller och medicinska tester som genomfördes. Donatorerna beskrev att de upplevde sig själva som fullt friska innan operationen men att de vaknade upp svårt sjuka efteråt, övergången upplevdes som mycket påfrestande. Vad som överskuggande allt annat efter operationen var den postoperativa smärtan. Vidare

upplevde donatorerna känslor av trötthet, brist på energi och utmattning och att dessa symtom varade betydligt längre än vad donatorerna hade förväntat sig.

### **Att gå från frisk till sjuk**

Att vara levande donator kan enligt Forsberg, Nilsson, Krantz och Olausson (2004) många gånger upplevas som en komplex situation. Det beskrevs som en underlig och främmande upplevelse; många hade aldrig tidigare varit i behov av sjukhusvård. Donatorerna gick från att ursprungligen vara fullt friska och arbetsföra till att efter operationen uppleva sig som mer eller mindre svårt sjuka människor. Situationen enligt Andersen et al. (2005) upplevdes vara egendomlig och säregen men samtidigt mycket positiv eftersom organet skulle hjälpa en närstående till ett bättre liv.

*The strange thing is that you are healthy beforehand and sick afterwards. It was really weird; it was probably the weirdest thing* (Forsberg et al., 2004, s. 375).

Forsberg et al. (2004) beskriver att i och med att donatorerna ofta saknade egna erfarenheter av sjukdom och kroppsligt lidande, innebar övergången från frisk till sjuk en stor omvälvning. Flertalet donatorer upplevde en såväl fysisk som känslomässig försämring efter operationen.

*I went from being a completely healthy person to a cripple* (Forsberg et al., 2004, s. 375).

### **Smärta och trötthet**

Forsberg et al. (2004) beskriver att många av donatorernas upplevelser byggde på känslor av att inte vara förberedd. För många donatorer var smärtan efter operationen den värsta de varit med om trots stark medicinering. Smärtan donatorn upplevde beskrevs som ett enda stort långt lidande.

*The lasting impression after the operation is pain, pain, pain* (Forsberg et al., 2004, s. 375).

En genomgående beskrivning var i flera av studierna att smärtan var starkare än förväntat, att de inte kände sig förberedda på den samt att den inte behandlades tillräckligt (Crowley-Matoka et al., 2004). I Sanner (2005) beskriver donatorerna att de som upplevde donationen lättare än förväntat fortfarande upplevde smärtan som den värsta de någonsin erfarit. I samma studie gjordes en jämförelse mellan den postoperativa smärtan och med den att föda barn. Dessa kvinnor ansåg att den postoperativa smärtan var mycket värre eftersom den varade betydligt längre.

*...someone at the liver surgery unit told me that after the operation there will be a slight pain in the wound. I have to say that was a gross understatement. I could never imagine that one could be so totally paralyzed by a wound* (Forsberg et al., 2004, s. 375).

Sanner (2005) skriver att en annan del av deras upplevelser som donatorerna uttryckte hade stor betydelse, var den ihållande känslan av intensiv utmattning och trötthet som präglade livet efter operationen. Andersen et al. (2007) beskriver att utmattning och trötthet satt i längre än förväntat, vilket begränsade donatorernas sociala liv. Detta fick som konsekvens att de inte orkade träffa vänner, engagera sig i sitt arbete i lika stor utsträckning som förut (Walter, Papachristou, Pascher, Danzer, Neuhaus, Klapp & Frommer, 2006).

*I get tired faster than before* (Walter et al., 2006, s. 412).

### **Att inte bli sedd och bekräftad**

En genomgående upplevelse hos donatorerna var i första hand att de inte blev sedda som patienter. Många upplevde en påfrestande känsla av att hantera de motsatta förväntningar som riktades mot dem från olika håll. Mycket beroende på att de var helt friska sedan tidigare upplevdes förväntningarna som höga från omgivningen att snabbt återgå till det normala efter operationen. Att få någon form av uppskattning, uppföljning och att bli sedd av samhället var även det behov som uttrycktes av donatorerna.

### **Att inte bli sedd som patient**

I Crowley-Matoka et al. (2004) framkommer det att donatorerna upplever att de inte blev sedda som patienter, varken av vårdpersonalen, de närstående eller av sig själva. Detta i kontrast till mottagaren som sågs som den riktiga patienten.

*It seemed like I was secondary, even though they needed my liver for the baby. But the baby was the most important thing* (Crowley-Matoka et al., 2004, s. 746).

Forsberg et al. (2004) beskriver att donatorerna uttryckte en känsla av att vårdpersonalens attityder mot dem inte baserades på det lidande som donatorerna upplevde postoperativt, utan på det faktum att de var friska före operationen. Walter et al. (2006) beskriver att donatorerna kände sig som patienter, men att de inte behandlades som det. De kände sig inte tillräckligt omhändertagna. Vidare uttryckte vissa donatorer en känsla av att de blev utnyttjad, åsidosatta och förbisedda efter det att donationen väl var genomförd. Flera kände sig även ensamma och övergivna i sin upplevelse (Sanner, 2005).

*They almost threw me out because they needed my bed for someone else* (Sanner, 2005, s. 1710-1711).

Andersen et al. (2007) beskriver att donatorer upplevde tillvaron efter donation som stressfylld på grund av motsatta förväntningar i sin sociala omgivning. Att vara levande donator innebar att man på samma gång inte bara var patient, utan också närstående till mottagaren. De hade förpliktelser mot henne eller honom men också mot den övriga familjen samt andra i sin sociala omgivning, till exempel vänner och arbetskamrater.

*For me, being both a relative and a patient was the greatest challenge. I have always taken care of my brother and felt responsible. It has always been like that you know (Andersen et al., 2005, s. 93)!*

Andersen et al. (2007) beskriver hur en make som donerat till sin hustru upplevde att det var psykiskt påfrestande att balansera sina sociala roller. Att samtidigt komma tillbaka till sitt arbete och att ta hand om mottagaren på sjukhuset samt även att behöva ta det ensamma ansvaret över deras gemensamma barn blev mycket påfrestande för honom.

### **Att inte ses som betydelsefull**

Enligt Walter et al. (2006) upplevde många donatorer att informationen och undervisningen före och efter operationen var bristfällig. Detta ledde vidare till ökad ångest och oro för dem.

*Then I was also asked 'Did they take out your gall bladder too?' I was shocked at first – God, did they maybe take out anything else during the surgery (Walter et al., 2006, s. 413)?*

Bristen på korrekt och utförlig information fick dem att uppleva känslan av att inte vara betydelsefull. I Haljamäe et al. (2003) beskrivs hur informationen som flera donatorer fått var bristfällig.

*The doctor said that everything matched so well and he said nothing about rejection and other risks. We believed that we could be operated upon and after a couple of weeks we would both be well and back to work. (Häljamäe et al., 2003, s. 506).*

Samma sak som för information gällde för uppföljning och kontakt från sjukvården. Många upplevde samma känslor av betydelselöshet över detta. De upplevde att återbesöken och kontrollerna var för få och otillfredsställande och uttalade ett missnöje över det (Crowley-Matoka et al., 2004).

*Sometimes I feel like I've been used and just kind of thrown away, because nobody ever really asks about me (Crowley-Matoka et al., 2004, s. 746).*

Haljamäe et al. (2003) och Andersen et al. (2007) skriver att donatorerna i deras studie anmärkte på att de själva var tvungna att ta kontakt med sjukvården för uppföljning. Enligt Haljamäe et al. (2003) uttryckte vissa av dem också glädje över att någon äntligen intresserade sig för dem, exempelvis när de blev kontaktade av författarna och blev tillfrågade om de ville delta i studien.

Forsberg et al. (2004) skriver att donatorerna djupt inom sig hoppades på att få någon form av uppskattning för vad de åstadkommit.

*I was sent a small parcel before my medical check-up and I thought, oh great, here comes a little medal or a small halo, but it was just the medicine I was to take before the X-ray (Forsberg et al., 2004, s. 376).*

Då donatorer från den amerikanska och tyska studien fick ekonomiska problem på grund av rådande försäkringssystem i respektive länder, (Crowley-Matoka et al., 2004; Walter et al., 2006) upplevde de återigen känslor av betydelselöshet och övergivenhet.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Vi valde som tidigare nämnts att göra en studie av kvalitativ forskning och använde oss av Evans metod för beskrivande syntes (2002). Analysgången som Evans beskriver den var relativt enkel att följa eftersom den var strukturerad på ett lättförståeligt sätt. Metoden inriktar sig på att beskriva upplevelser, tankar, känslor och erfarenheter hos det som skall studeras vilket innebär att den hade stor relevans för och var lämplig för syftet vi valt. Vårt syfte var att undersöka upplevelser av att vara levande donator. Kvalitativ forskning inriktar sig ofta på detta, vilket gjorde det lämpligt att enbart denna typ av forskning undersöktes. Detta resulterade också i att samtliga kvantitativa artiklar automatiskt exkluderades.

I vår litteratursökning fann vi som tidigare nämnts mycket kvantitativt gjord forskning, artiklar angående den levande donatorns livskvalité samt forskning gjord på mottagaren av organet. Detta gjorde att vi blev än mer nyfikna på upplevelsen av att vara levande donator, vilket ledde till att vi verkligen ville studera detta fenomen vidare. En svårighet som vi stötte på låg i att hitta relevanta artiklar med en kvalitativ ansats, där fokus låg på den levande donatorns upplevelser. Bristen på artiklar har gjort att vi inte kunnat rikta in oss på att enbart skriva om levande njurdonatorer eller enbart leverdonatorer. Av de nio artiklar som använts i resultatet utgår sex artiklar om upplevelsen av att vara levande njurdonator och tre av artiklarna behandlar upplevelsen av att vara leverdonator. I och med att vi utgått från både njur- och leverdonatorns perspektiv, kan detta ha inverkat på resultatet. I de artiklar som analyserades såg vi att man som leverdonator uttryckte mer negativa känslor angående hela donationsprocessen. Detta kan bero på att man som leverdonator genomgår en större och mer omfattande operation, dessutom lyckas leverdonation inte i lika hög utsträckning som njurdonationen.

Donatorns levda erfarenheter och upplevelser beskrivs tydligt i varje artikel eftersom intervjuerna gjordes i berättande form med öppen frågeställning. Denna form av berättande intervju speglar upplevelser, känslor, tankar och erfarenheter på ett bra sätt, eftersom donatorn tillåts gå in mer på djupet av dessa. Artiklarnas resultat innehöll många citat som beskrev donatorernas upplevelser och erfarenheter vilket varit bra för att förstärka denna undersöknings resultat. Det var inga svårigheter att se var i texterna de meningsbärande enheterna, skillnaderna och likheterna hittats eftersom vi redan från början givit dessa ett unikt nummer mellan 1 till 9 samt gett varje artikel en specifik

färg. Däremot var det svårigheter när det kom till att urskilja klara teman och subteman, eftersom många av de meningsbärande enheterna flöt in i varandra. Vissa av texterna kunde passa in i flera subteman vilket gjorde att resultatet fick struktureras om ett antal gånger.

Artiklarna kommer från sex olika länder med västerländsk kultur. Det hade kunnat få betydelse för resultatet om vi inkluderat litteratur från andra delar av världen. Men detta är också ett medvetet val eftersom vi tror att vårt urval mer kan spegla donatorers upplevelser i den vårdkontext vi kommer att verka i.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med studien var att undersöka upplevelser av att vara levande donator. Vi anser att syftet med denna studie har uppnåtts.

Trots att många donatorer går in i donationsprocessen med en känsla av djup tillfredsställelse över att kunna rädda en närståendes liv och hälsa, och dessutom uttrycker samma känsla efteråt, så är inte denna känsla nog för att möta de problem som smärtan och lidandet efter operationen för med sig. Donatorn är både före och efter operationen av naturliga skäl många gånger fokuserad på mottagarens hälsa, lidande och tillfrisknande. Att uppleva hälsa såsom Wiklund (2003) beskriver det är något högst personligt. Man kan uppleva hälsa även fast man objektivt sett har ohälsa. Detta innebär att man som donator kan uppleva välbefinnande trots smärta och utmattning. Vårt resultat pekar på att i upplevelsen av att ge liv och hälsa infinner sig hos donatorerna också en känsla av välbefinnande trots sjukdomslidande. Dock uttrycker de samtidigt ett behov av att deras eget lidande blir satt i fokus av någon annan. Ett behov av att ses som patient, och att bli bekräftad i sitt lidande. Så länge lidandet uttrycks hos donatorer behöver det också lindras. Detta är vårdarens uppgift. Och det är också här, i ljuset av vårt resultat, som vården av donatorer många gånger misslyckas. Detta blir då exempel på den form av lidande som Eriksson (1993) kallar vårdlidande. Vården uteblir, vården infriar inte de förväntningar som donatorn har, och de upplever att vården brister både i genomförande och i organisation.

Före donationen får donatorn mycket uppmärksamhet av sjukvården, i och med alla medicinska kontroller och psykologiska utvärderingar, samt uppmärksamhet från mottagaren och familjemedlemmar. När donationen väl är genomförd, krävs det inte lika mycket intensiv medicinsk behandling för donatorn som för mottagaren. Istället lägger transplantationsteam och vården i allmänhet intensivt fokus på mottagarens komplicerade behandling (O'Rourke, Arnott & Scopa Goldman, 2003). Vårt resultat visar att det framförallt är här som vården för donatorn brister. När operationen är över så upplever donatorerna sig övergivna och betydelselösa. Vården bidrar till dessa känslor genom att den i donatorns ögon inte längre intresserar sig för honom eller henne.

Donatorerna beskriver i vårt resultat att de upplevde att vårdarnas förhållningssätt mot dem baserades på hur de var när de var friska. Detta ledde till att de inte fick det omhändertagande de ansåg att de behövde. När de inte, av olika orsaker, fick tillåtelse

att vara i lidande och att bli sedda som lidande, upplevde de starka känslor av att bli utnyttjade och förbisedda. Här har vårdaren ett stort ansvar. Denne måste låta donatorn få vara patient, så att hans eller hennes lidande får vara i fokus. Ser inte vårdaren donatorn kan inte lidandet bekräftas, och att inte bekräfta lidandet leder ofta till än mer lidande. Som Eriksson (1994) skriver, blir därför vårdarens stora ansvar att inte överge, att förmedla att man finns till för donatorn, genom att vara den som ger donatorn möjlighet, tid och rum att få vara svag och i lidande.

O'Rourke et al. (2003) beskriver att många donatorer innan operation kan uttrycka saker som att de inte har något behov av någon uppmärksamhet eller speciell hänsyn från vare sig anhöriga eller vården. Dock visar vårt resultat på att många efteråt faktiskt har ett sådant behov. Donatorerna uttryckte efteråt att de inte kände sig förberedda inför det som komma skulle.

Efter operationen utgör smärtorna, utmattningen och eventuella komplikationer ett sjukdomslidande, där donatorn inte längre upplever kroppen på det sätt han eller hon är van vid. Många donatorer upplever en för dem underlig och konstig känsla. Att genomgå förändring från att vara fullt frisk till att bli, i alla fall för en tid, handikappad och begränsad, är för dem främmande. O'Rourke et al. (2003) beskriver hur donatorer genomgår en till skillnad från andra typiska kirurgpatienter unik process. Sjuka individer upplever kirurgiska ingrepp och den postoperativa smärtan som något som i slutändan kommer att leda till förbättrad hälsa, för dem är operation något som kommer att gynna dem. Så är inte fallet för donatorer. De upplever ingen personlig fysisk förbättring med ingreppet. De kan bara relatera sina smärtor och obehag till hur de mådde tidigare när de var friska. Även små förändringar kan för en frisk donator få stora inverkan på dennes känslomässiga välbefinnande. Lindwall (2004) menar att när människan drabbas av sjukdom eller efter en operation, upplevs kroppen inte längre som en helhet. Kroppen lyder inte längre ens vilja, vilket en frisk person normalt sett tar för givet. Just det faktum att donatorer många gånger är i perfekt fysisk kondition innan donationen kan innebära en större påfrestning på dem än någon som tidigare haft exempelvis sjukdom och begränsningar att relatera till.

Det är mycket viktigt att tillräckligt informera och undervisa, samt att förbereda donatorn på vad de kommer att gå igenom. Svårigheten med detta kan ligga i donatorns begränsade erfarenheter. Har man ingen smärta och trötthet att relatera till, är det också av naturliga skäl svårt att ta in den informationen. Vidare var donatorn många gånger så starkt fokuserad på mottagarens förbättrade hälsa att de i stor utsträckning inte var mottagliga för informationen så som det vanligen presenterades, till exempel i tryckta broschyrer eller motsvarande. Här måste vården bli bättre. I Walton-Moss, Boulware, Cooper, Taylor, Dane och Nolan (2007) beskrivs hur donatorer själva upplevde sina behov och vad som kunde förbättras. Flera föreslog att mer information borde göras tillgänglig om den postoperativa återhämtningsprocessen och framförallt då graden av smärta som präglar den, samt hur lång tid den förväntas att ta. Även anhöriga till organdonatorer upplevde informationen om postoperativa smärtor som bristfällig. De ansåg att de uppgifter de fick kraftigt bagatelliserade smärtan, eller i alla fall inte i tillräcklig utsträckning visade vad den skulle innebära (Taylor & McMullen, 2008). De ville ha haft mer information om den förväntade livssituationen efter donation, veta mer

om faktorer som påverkar den, och få mer vetskap om uppskattade kostnader och försäkringsfrågor. För att vara förberedd skulle det optimala vara att den potentielle donatorn före transplantation får träffa någon annan som genomgått samma process. Att höra någon berätta om sina upplevelser kan många gånger vara mer effektivt än att få information och undervisning från vårdpersonal.

För att motverka känslan av att vara förbisedd och utlämnad måste även vården ta ett större ansvar vad gäller uppföljningen av donatorerna. Vårt resultat visar att donatorer ofta behöver mycket stöd ifrån vården efter donationen, och också efter tiden på sjukhus. Uppföljningar bör ordnas och erbjudas mer regelbundet och oftare, och vården bör ta ett mycket större ansvar vad gäller kontakt med donatorerna. Ett enda telefonsamtal kan betyda mycket i en påfrestande situation. Detta bekräftas i Walton-Moss et al. (2007) där donatorerna själva uppger att de gärna hade sett mer regelbundna uppföljningar, både rent fysiskt på plats på sjukhuset, men också via telefon.

Smärtan och tröttheten begränsar donatorn i sitt vardagliga liv, i vissa fall under lång tid efter operationen. Genom att kroppen på detta sätt är förändrad, är även tillgången till världen förändrad. Dessa begränsningar utgör också ett hot mot patientens sociala plikter, mot dennes åtaganden och sociala ställning. I Taylor och McMullen (2008) beskrivs hur män med fruar som donerat får ta över många av de roller i familjen som frun tidigare haft. Det blir allmänt svårare att vara anhörig, förälder, syskon, arbetskamrat, etc. när man är sjuk. Detta kan enligt Wiklund (2003) kategoriseras som livslidande. Det kan finnas en rädsla för att inte ha kvar samma funktion och ställning i det sociala livet. En bidragande faktor i detta är också den ekonomiska påfrestning som många gånger är kopplat till sjukdom. I många länder finns inte samma allmänna sjukförsäkringar som i de nordiska länderna. Där är också den ekonomiska bortfallet vid sjukdom större, och följaktligen blir även då livslidandet större för dem. Vidare kan en utebliven ekonomisk kompensation bidra ytterligare till känslan av att inte få bekräftelse för sin enastående insats och känslan av att inte vara betydelsefull.

Här anser vi att i samhällen där levande organdonation förekommer, borde dessa också stå för ekonomisk kompensation för inkomstbortfall och utlägg, och vara i det närmaste total. Vidare bör också någon form av uppskattning visas donatorerna från samhällets sida. Det kan räcka med något så enkelt som ett uppskattande brev från kliniken där man vårdats. Men det skulle inte vara för mycket begärt, anser vi, att även staten officiellt på något sätt tackar donatorn; när donationen lyckas innebär det faktiskt stora besparingar för samhället.

## **Implikationer**

Bekräftandet av lidandet i detta sammanhang kräver att vården mer uppmärksammar donatorn, att man lyssnar till både vad donatorn säger och också vad hon eller han ger uttryck för. Det är av stor vikt att bara finnas tillhands. Att bekräfta en människas lidande innebär att visa att man finns för donatorn, att förmedla en känsla av att donatorn ges möjlighet att få vara i lidandet men att man för den skull inte överger henne eller honom. Det är viktigt att redan från början ge donatorn tydlig och adekvat information, både skriftligen och muntligen samt att säkerställa att hon eller han

verkligen har förstått det som gått igenom. Sjuksköterskan skall även tänka på att det kan vara en jobbig situation för donatorn vilket kan innebära att hon eller han kan komma att behöva informeras vid flera olika tillfällen. Eftersom donatorerna upplever en brist vad det gäller uppföljning och återbesök, kan det vara bra att man redan från början informerar om detta, vart den skall ske och hur ofta. Att ge utrymme för både donatorn och närstående att få chans att i lugn och ro ställa eventuella frågor som uppkommer under resans gång är också viktigt. Donatorn kan som vi tidigare nämnt uppleva hälsa och välbefinnande, men även lidande. För att man som levande donator skall få en möjlighet att uppnå hälsa krävs det att vården ser och bekräftar en, och för att kunna göra detta behöver donatorn känna tillit till vården. Denna tillit och trygghet skapar vårdaren genom att vara öppen, lyhörd och följsam inför det donatorn tänker, känner och upplever. Kan inte vården erbjuda donatorn trygghet kan det innebära att det för denne uppstår någon form av lidande. Det är därför av stor vikt att sjuksköterskan tar sig tid att se och bekräfta donatorn i dennes lidande samt ge henne eller honom tid att vara i lidandet. Sjuksköterskan skall därför vara noga med att tänka på att varje individ och möte är unikt. Om donatorn önskar kan sjuksköterskan hjälpa till så att donatorn får träffa andra levande donatorer som är i samma situation för att minska deras ensamhet och oro. Men även en chans att möta donatorer som redan genomgått donationen som kan dela med sig av sina egna upplevelser, tankar, känslor och erfarenheter kring detta.

## **Slutsats**

Levande donatorer behövs, då det råder stor brist på organ världen över. Det är därför av stor vikt att ha god kunskap om, utgöra ett bra stöd för samt möta dessa godhjärtade människor på ett för dem välförtjänt sätt. Det är av stor vikt att man som levande donator känner och får bekräftelse för vad man har givit, nämligen liv och hälsa, till en närstående.

Att hjälpa en närstående kan många gånger vara för levande donatorer förknippat med upplevelser av lycka och glädje över att kunna hjälpa, men också med ett eget lidande. Donatorerna upplever många gånger att de själva inte får den uppmärksamhet samt blir tillräckligt omhändertagna som de känner att de behöver. Det är viktigt att vårdaren ser och bekräftar donatorerna i sitt lidande för att de skall få den vård de känner att de har behov av och är berättigade till. Det är därför av mycket stor betydelse att vårdaren ser den unika människan i varje möte med levande donatorer.

Vi anser att mer forskning behövs kring upplevelserna av att vara levande donator för att på bästa sätt kunna tillgodose och hjälpa dessa människor. Det kan handla om bättre stöd från vården och omgivningen, eller mer information angående den postoperativa fasen samt kontinuerlig uppföljning. Kanske fråga dem vilka förväntningar de själva har angående bemötande, information och uppföljning. Varför inte låta dem träffa andra i samma situation om det är vad de själva önskar.

Vi önskar att denna studie skall bidra till att skapa en ökad kunskap om och en större förståelse för hur det kan vara att vara levande donator samt kunna förbättra bemötandet i vården för densamma.

## REFERENSER

- Almås, H. (Red.). (2006). *Klinisk Omvårdnad*. Stockholm: Liber AB
- Andersen, M.H., Bruslerud, F., Mathisen, L., Klopstad Wahl A., Rokne Hanestad B. & Fosse, E. (2007). Follow-up interviews of 12 living kidney donors one yr after open donor nephrectomy. *Clinical Transplantation*, 21, 702-709.
- Andersen, M.H., Mathisen, L., Öyen, O., Klopstad Wahl, A., Rokne Hanestad, B., & Fosse, E. (2005). Living donors`experiences 1 wk after donating a kidney. *Clinical Transplantation*, 19, 90-96.
- Brown, J.B., Karley, M.L., Boudville, N., Bullas, R., Garg, A.X. & Muirhead, N. (2008). The Experience of Living Kidney Donors. *National Association of Social Workers*, 33, (2) 93-100.
- Clayton, M. (2008). Live donor liver transplantation: ensuring donor safety. *Gastrointestinal Nursing*, (2), 30-34.
- Clemens, K.K., Thiessen-Philbrook, H., Parikh, C.R., Yang, R.C., Karley, M.L., Boudville, N., Ramesh Prasad, G.V. & Garg, A.X. (2006). Psychosocial Health of Living Kidney Donors: A Systematic Review. *American Journal of Transplantation*, 6, 2965-2977.
- Crowley-Matoka, M., Siegler, M., & Cronin, D.C. II. (2004). Long-term quality of life issues among adult-to-pediatric living liver donors: A qualitative exploration. *American Journal of Transplantation*, 4, 744-750.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Donationsrådet. *Donation från levande givare*. Hämtad: 2008-11-12  
[http://www.donationsradet.se/templates/DR\\_Page\\_516.aspx](http://www.donationsradet.se/templates/DR_Page_516.aspx)
- Drognitz, O., Donauer, J., Kamgang, J., Baier, P., Neeff, H., Lohrmann, C., Pohl, M., Hopt, U.T., Kirste, G. & Pisarski, P. (2006). Living-donor kidney transplantation: The Freiburg experience. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 392, 23-33.
- Eriksson, K. (Red). (1993). *Möten med lidande*. Åbo: Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 20, (2), 22-26.

Fehrman-Ekholm, I., Brink, B., Ericsson, C., Elinder, C-G., Dunér, F. & Lundgren, G. (2000). Kidney Donors Don't Regret. *Transplantation*, 69, (10) 2067-2071.

Fehrman-Ekholm, I. (2004). *Morgongåvan – med tillägg – erfarenheter, tankar och fakta kring en njurdonation*. Stockholm: Knipplablå AB.

Fehrman-Ekholm, I. (2006). Living Donor Kidney Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 38, 2637-2641.

Forsberg, A., Nilsson, M., Krantz, M., & Olausson, M. (2004). The essence of living parental liver donation – donors' lived experiences of donation their children. *Pediatric Transplantation*, 8, 372-380.

Friberg, F. (red.). (2006). *Dags för uppsats uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Gill, P., & Lowes, L. (2008) Gift exchange and organ donation: Donor and recipient experiences of live related kidney transplantation. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1607-1617.

Hadjianastassiou, V.G., Johnson, R.J., Rudge, C.J. & Mamoden N. (2007). 2509 Living Donor Nephrectomies, Morbidity and Mortality, Including the UK Introduction of Laparoscopic Donor Surgery. *American Journal of Transplantation*, 7, 2532-2537.

Haljamäe, U., Nyberg, G. & Sjöström, B. (2003). Remaining experiences of living kidney donors more than 3 yr after early recipient graft loss. *Clinical Transplant*, 17, 503-510.

Johnsson, C. & Tufveson, G. (red.). (2002). *Transplantation*. Lund: Studentlitteratur.

Järhult, J., & Offenbartl, K. (2006). *Kirurgiboken*. Stockholm: Liber AB.

Lindwall, L. (2004). *Kroppen som bärare av hälsa och lidande*. Åbo: Åbo Akademis Förlag.

Middleton, P.F., Duffield, M., Lynch, S.V., Padbury, R.T.A., House, T., Stanton, P., Verran, D. & Maddern, G. (2006). Living Donor Liver Transplantation – Adult Donor Outcomes: A Systematic Review. *Liver Transplantation*, 12, 24-30.

Nadalin, S., Malagò, M., Radtke, A., Erim, Y., Saner, F., Valentin-Gamazo, C., Schröder, T., Schaffer, R., Sotiropoulos, G.C., Li, J., Frilling, A., & Broelsch, C.E. (2007). Current trends in live liver donation. *Transplant International*, 20, (4), 312-330.

Nationalencykpedin, (2008) Hämtad 2008-11-12  
<http://www.ne.se.lib.costello.pub.hb.se/artikel/240490/240490>

- O'Rourke, M., Arnott, L. & Scopa Goldman, J. (2003). Living liver donors: a coordinator's perspective. *Progress in Transplantation*, 13, (2), 82-89.
- Sanner, M.A. (2005). The donation process of living kidney donors. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 20, 1707-1713.
- SFS 1995:831. *Lag om transplantation m.m.* Stockholm: Svensk Författningssamling.
- SOSFS 1997:4 (M). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Organ- och vävnadstagning för transplantation eller för annat medicinskt ändamål.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Taylor, L.A. & McMullen, P. (2008). Living kidney organ donation: experiences of spousal support of donors. *Journal of Clinical Nursing*, 17, (2), 232-241.
- Walter, M., Papachristou, C., Pascher, A., Danzer, G., Neuhaus, P. & Klapp, B F. (2006). Impaired psychosocial outcome of donors after living donor liver transplantation: a qualitative case study. *Clinical Transplantation*, 20, 410-415.
- Walton-Moss, B., Boulware, L.E., Cooper, M., Taylor, L., Dane, K. & Nolan, M.T. (2007). Prospective pilot study of living kidney donor decision-making and outcomes. *Clinical Transplantation*, 21, 86-93.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis.* Stockholm: Natur och Kultur.

## BILAGA 1

	<b>Sökning i Academic Search Elite, 081110</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal lästa artiklar</b>	<b>Resultat artiklar</b>
1#	Living donor* AND nursing*	13	1	-
2#	Living donor* AND experience*	57	-	-
3#	Living donor* AND qualitative*	2	-	-
4#	Living donors AND kidney AND donation process	14	1	1

	<b>Sökning i Medline, 081024</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal lästa artiklar</b>	<b>Resultat artiklar</b>
1#	Organ donation AND experience AND kidney trans*	41	1	1
2#	Living donor* AND nursing*	23	2	-
3#	Living donor* AND qualitative*	9	1	1
4#	Living donor* AND phenomén*	11	-	-
5#	Living donor* AND decision making	25	4	-
6#	Living donor* AND living kidney*	122	5	-

	<b>Sökning i Wiley Interscience, 081020</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal lästa artiklar</b>	<b>Resultat artiklar</b>
1#	Living Donor* AND experience* AND live*	378	10	3
2#	Living donor* AND donation process*	56	2	1
3#	Living donor* AND interview*	60	1	1
4#	Living donor* AND qualitative*	58	-	-
5#	Living kidney donors AND process	77	2	-

	<b>Sökning i Cinahl, 081021</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal lästa artiklar</b>	<b>Resultat artiklar</b>
1#	Living donor* AND experience*	27	4	-
2#	Living donor* AND kidney*	90	-	-
3#	Living donor* AND liver*	65	4	-
4#	Living donor* AND nursing*	17	-	-
5#	Living donor* AND car*	65	1	-
6#	Living kidney donor* AND experience	9	1	1
7#	Living donor* AND donation	83	4	-

## BILAGA 2

Artikel	Perspektiv	Syfte	Metod	Resultat
<p><b>Titel:</b> The donation process of living kidney donors</p> <p><b>Författare:</b> Sanner, M. A.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Nephrology Dialysis Transplantation.</p> <p><b>Årtal:</b> 2005</p> <p><b>Land:</b> Sverige</p>	<p>Kvalitativ studie Perspektivet utgår ifrån njurdonatorns levda erfarenheter och upplevelser.</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva donationsprocessen hos genetiska och ickegenetiska levande njurdonatorer</p>	<p>39 levande njurdonatorer intervjuades dagen före operation och tre veckor efter operation. Öppna frågor med narrativ form. Analysen fokuserade på upplevelserna av förståelse och meningen med donationen.</p>	<p>I resultatet beskrivs donationsprocessen som uppdelat i sju steg. Efter operationen var det flera som kände sig övergivna, ignorerade och utnyttjade av personalen. Utmattning var ett stort problem tre veckor efter operationen.</p>
<p><b>Titel:</b> The essence of living parental liver donation- donor´s lived experiences of donation to their children</p> <p><b>Författare:</b> Forsberg, A., Nilsson, M., Krantz, M. &amp; Olausson, M.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Pediatric Transplantation.</p> <p><b>Årtal:</b> 2004</p> <p><b>Land:</b> Sverige</p>	<p>Kvalitativ studie av leverdonation. Vårdvetenskapligt perspektiv där utgångspunkten var människan, världen och helheten.</p>	<p>Syftet var att undersöka uttalade djupare känslor och upplevelser hos föräldrar som donerat en bit av sin lever till sitt barn.</p>	<p>11 levande lever donatorer som donerade en del av sin lever till sitt barn. Ostrukturerade djupintervjuer gjordes med en öppen dialog. En tolkande fenomenologisk ansats med utgångspunkt i Heideggers teori användes.</p>	<p>Resultatet visar tre huvudteman: Att donera en bit av sin lever till sitt barn innebär att inte ha något val, att stå inför rädslan för att själv kanske dö samt övergången från att vara frisk till att bli sjuk. Den postoperativa smärtan och ensamheten överskuggade allt annat.</p>

<p><b>Titel:</b> Long-Term Quality of Life Issues Among Adult-to-Pediatric Living Liver Donors: A Qualitative Exploration</p> <p><b>Författare:</b> Crowley-Matoka, M., Siegler, M. &amp; Cronin, D. C.</p> <p><b>Tidskrift:</b> American Journal of Transplantation.</p> <p><b>Årtal:</b> 2004</p> <p><b>Land:</b> USA</p>	<p>Kvalitativ studie Leverdonatorns levda upplevelser och erfarenheter på lång sikt efter att ha genomgått en donation.</p>	<p>Syftet var att undersöka hur livskvaliteten påverkats på lång sikt i samband med en leverdonation.</p>	<p>15 föräldrar som har donerat en del av sin lever till sina barn deltog i studien. Djupintervjuer med öppna och semistrukturerade frågor gjordes med hjälp av en intervjuguide. Intervjuerna gjordes mellan 3-15 år efter donationen.</p>	<p>Resultatet visar på fem olika kategorier, beslutet och förberedandet inför att donera, känslan av att inte bli sedd som patient, familjerelationens utveckling, finansiella frågor och försäkringsfrågor samt beskriver donatorns återgång till det normala. Donatorerna ansåg att det var brist på information angående långtidseffekter av att vara donator men även på uppföljning från sjukvårdspersonal.</p>
<p><b>Titel:</b> Living donor's experience 1 wk after donating a kidney</p> <p><b>Författare:</b> Andersen, M. H., Mathisen, L., Öyen, O., Wahl, A K., Hanestad, B. R. &amp; Fosse, E.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Clinical Transplantation.</p> <p><b>Årtal:</b> 2005</p> <p><b>Land:</b> Norge</p>	<p>Kvalitativ studie Perspektiv utifrån njurdonatorns upplevelser efter genomförd donation.</p>	<p>Syftet var att undersöka angående hur levande donatorer upplever fysiska och psykosociala följder av njurdonationen en vecka efter kirurgin.</p>	<p>12 levande njurdonatorer deltog i studien, intervjun genomfördes en vecka efter operationen. Semistrukturerade intervjuer som analyserats med Kvaless fenomenologiska fem-stegs modell.</p>	<p>Resultatet presenterades i form av fyra teman: Ett altruistiskt beslut, en ovan situation, en stärkt relation och en meningsfull handling. Att genomgå en organdonation upplevdes som komplext, fastän deltagarna var glada över att kunna donera.</p>

<p><b>Titel:</b> Follow-up interviews of 12 living kidney donors one yr after open donor nephrectomy</p> <p><b>Författare:</b> Andersen, M. A., Bruserud, F., Mathisen, L., Wahl, A K., Hanestad, B., R. &amp; Fosse, E.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Clinical Transplantation.</p> <p><b>Årtal:</b> 2007</p> <p><b>Land:</b> Norge</p>	<p>Kvalitativ studie Utgår från njurdonators perspektiv, fysiskt och psykosocialt.</p>	<p>Syftet var att undersöka hur donators hälsa hade påverkats fysiskt och psykosocialt det första året efter donationen.</p>	<p>12 donatorer som ett år tidigare genomgått öppen nefrektomi. Semistrukturerade fenomenologiska telefon intervjuer gjordes i berättande form som sedan analyserades med hjälp av Kvaless fenomenologiska fem-stegs modell.</p>	<p>Resultatet delades in i två huvudgrupper: upplevelser efter en lyckad transplantation och upplevelser efter en misslyckad transplantation. 10 donatorer upplevde en lyckad transplantation medan 2 donatorer upplevde en misslyckad transplantation. 7 huvudteman beskrevs: En övergripande positiv upplevelse, ett nära och stabil relation mellan donator-mottagare, fysiska nedsättningar efter ingrepp, psykologiska påfrestningar, icke uppfyllda förväntningar av uppföljning, donators rollkonflikter, och att fysiskt och psykiskt bryta ihop.</p>
<p><b>Titel:</b> The Experience of Living Kidney Donors</p> <p><b>Författare:</b> Brown, J. B., Karley, M. L., Boudville, N., Bullas, R., Garg, A. X. &amp; Muirhead, N.</p> <p><b>Tidskrift:</b> National Association of Social Workers.</p> <p><b>Årtal:</b> 2008</p> <p><b>Land:</b> Kanada</p>	<p>Kvalitativ studie Utgår från njurdonators perspektiv. Beskriva känslor, upplevelser och meningen med att vara njurdonator.</p>	<p>Syftet var att få en djupare förståelse för den beslutsprocess och de psykosociala frågor donatorn berörs utav.</p>	<p>12 njurdonatorer som genom gått en donation för mellan fyra och tjugonio år sedan intervjuades. Intervjuerna var semistrukturerade Ansatsen var fenomenologisk. En intervjuguide användes för att gå in mer på djupet.</p>	<p>Resultatet delas in i tre huvudteman: beslutet att donera påverkades av mottagarens upplevelser, inom och mellanmänskliga faktorer, innebörden av att ha donerat, upplevelsen av att ge livet som gåva.</p>

<p><b>Titel:</b> Gift exchange and organ donation: Donor and recipient experiences of live related kidney transplantation</p> <p><b>Författare:</b> Gill, P. &amp; Lowes, L.</p> <p><b>Tidskrift:</b> International Journal Of Nursing Studies.</p> <p><b>Årtal:</b> 2008</p> <p><b>Land:</b> Storbritannien</p>	<p>Kvalitativ studie Donatorns och mottagarens upplevelser före, under och efter transplantation.</p>	<p>Syftet med studien var att få en förståelse för hur transplantationen av gåvan som njuren utgör, upplevs utifrån donatorns och mottagarens perspektiv.</p>	<p>22 personer deltog i studien, 11 donatorer och 11 mottagare. En fenomenologisk-hermeneutisk ansats. Tre semistrukturerade intervjuer gjordes. En före, en tre månader efter och en tio månader efter transplantationen.</p>	<p>Resultatet presenterades i fyra centrala teman: beslutsprocessen, transplantationsprocessen, den känslomässiga effekten av transplantationen samt förhållandet mellan givare och mottagare efter transplantationen.</p>
<p><b>Titel:</b> Remaining experiences of living kidney donors more than 3 yr after early recipient graft loss.</p> <p><b>Författare:</b> Haljamäe, U., Nyberg G. &amp; Sjöström B.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Clinical Transplantation.</p> <p><b>Årtal:</b> 2003</p> <p><b>Land:</b> Sverige</p>	<p>Kvalitativ studie Njurdonatorns perspektiv.</p>	<p>Syftet var att undersöka upplevelsen av donation mer än tre år efter att mottagaren drabbats av bortstötning av organet.</p>	<p>10 donatorer deltog. Intervjuer baserade på en fenomenologisk ansats genomfördes i berättande form. Intervjuerna analyserades i en sex-steps modell.</p>	<p>Resultatet delades in i fem olika grupper: beslutet att donera, hur informationen tillhandahölls, omvårdnaden vid donationen, responsen på den misslyckade transplantationen samt kvarvarande frågor angående donationen.</p>

<p><b>Titel:</b> Impaired psychosocial outcome of donors after living donor liver transplantation: a qualitative case study.</p> <p><b>Författare:</b> Walter, M., Papachristou, C., Pascher, A., Danzer, G., Neuhaus, P., Klapp, B. F. &amp; Frommer, J.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Clinical Transplantation.</p> <p><b>Årtal:</b> 2006</p> <p><b>Land:</b> Tyskland</p>	<p>Kvalitativ studie Perspektivet utgår utifrån lever donatorns försämrade psykosociala följder efter genomförd donation</p>	<p>Syftet var att undersöka de psykosociala försämringarna hos vissa av de utvalda lever donatorerna.</p>	<p>6 donatorer deltog i studien som haft negativa känslor och fysiska klagomål efter sex månader efter donationen.</p>	<p>Resultatet presenteras i fem huvudteman: Fysiska klagomål, sorg efter genomförd donation, ångest, besvikelse och ilska, och självkänsla.</p>
---	--	---	--	---