



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Institutionen för hälsovetenskap

Kvinnors upplevelser och strävan mot hälsa efter genomgången mastektomi

**Hjert, Elina
Kinell, Hanna**

**Examensarbete (Omvårdnad C) 15 hp
Mars 2011
Sundsvall**

Abstrakt

BAKGRUND: Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor i Sverige och mastektomi har en stor plats i behandlingsutbudet. Att genomgå en mastektomi kan utlösa en traumatisk kris med starka psykiska symtom och sjuksköterskan har en viktig roll i att stötta kvinnan. **SYFTE:** Syftet var att belysa kvinnors upplevelser, strävan mot hälsa och omvårdnad efter genomgången mastektomi till följd av bröstcancer. **METOD:** Litteraturstudie med sammanställning av innehållet i 18 vetenskapliga artiklar publicerade mellan år 2001-2011. **RESULTAT:** Många kvinnor upplevde förändringar i självbilden, psykiska symtom som depression, oro och ångest och förändringar i relationer till andra efter genomgången mastektomi. De upplevde även förändrad sexualitet, symtom relaterade till det förändrade utseendet samt smärta och obehag. Kvinnorna hade ett stort behov av stöd för att ta sig igenom processen. Bröstrekonstruktion visade sig spela en stor roll för kvinnornas välbefinnande. **DISKUSSION/SLUTSATS:** Kvinnorna hade olika resurser att hantera situationen och olika behov av stöd, därför är det viktigt som sjuksköterska att se kvinnorna som unika individer för att kunna tillgodose deras omvårdnadsbehov på bästa sätt.

Nyckelord: anpassning, bröstcancer, litteraturstudie, mastektomi, upplevelse.

Kvinnors upplevelse och anpassning efter genomgången mastektomi

HJERT ELINA
KINELL HANNA

Mittuniversitetet, Sundsvall
Institutionen för hälsovetenskap
Omvårdnad C
Mars 2011

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Syfte	3
Metod	3
Inklusions- och exklusionskriterier.....	3
Litteratursökning.....	3
Klassificering och värdering av studier.....	4
Bearbetning.....	6
Analys.....	6
Etisk granskning	7
Resultat	7
Emotionella aspekter.....	7
Fysiska aspekter.....	10
Strävan mot normalitet.....	12
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
Slutsats	19
Referenser	20
Bilagor	
Bilaga 1 – Granskningsmall	
Bilaga 2 – Tabell över inkluderade artiklar i studien	
Bilaga 3 – Utdrag ur artikelsammanställningen	

Bakgrund

Bröstcancer och dess behandling

Bröstcancer utgör nästan 30 procent av alla cancerfall i Sverige och är den vanligaste cancerformen bland kvinnor. Var tionde kvinna utvecklar sjukdomen under sin livstid (Socialstyrelsen, 2007a). Antalet kvinnor som dör till följd av bröstcancer har minskat sedan 1990-talet. Anledningen anses vara nya framsteg inom diagnostiken som gör det möjligt att upptäcka sjukdomen i tid samt att behandlingen förbättrats (Frankel, 2007). Kirurgin har en betydande roll för bröstcancerterapi. För en majoritet av bröstcancerfallen leder enbart kirurgi eller kirurgi i kombination av radioterapi till livslång tumörfrihet (Socialstyrelsen, 2007b). Mastektomier var tidigare huvudingreppet i bröstet vid bröstcancer men har kommit att användas mindre till förmån för partiella mastektomier. Trots det har de ändå en stor plats i behandlingsutbudet. De kan göras om patienten själv av någon anledning önskar en mastektomi, om tumörutseendet och tumörutbredningen talar för en ökad risk för lokalrecidiv eller om ett bra estetiskt resultat inte kan åstadkommas genom partiell mastektomi (Socialstyrelsen, 2007b).

Känslomässiga reaktioner

Att diagnostiseras med bröstcancer och därefter genomgå en mastektomi kan vara en skrämmande och påfrestande utmaning för kvinnan. Hon kan uppleva en känsla av förlust och kan känna sorg över sin förlorade kroppsdel (Weaver, 2005). Oro, ångest, upplevelse av sårbarhet och av att kroppen eller livet i allmänhet förändras är andra vanliga reaktioner som utlöses av ett cancerbesked och den efterföljande behandlingen. Kvinnan kan uppleva att hon förlorat kontrollen över sitt liv, att hon pendlar mellan hopp och förtvivlan och kan känna en stor osäkerhet inför framtiden. Förändringar kan också ske i det sociala livet och i relationer, vilket kan vara stressande (Socialstyrelsen, 2007b).

När en individ utsätts för en yttre händelse som hotar den fysiska existensen, sociala identiteten och tryggheten eller de grundläggande möjligheterna till tillfredsställelse i tillvaron, kan en traumatisk kris utlösas. Förlust av ett bröst i samband med mastektomi är en sådan händelse. Kvinnan kan reagera med depression och andra starka psykiska symtom som sammanhänger med upplevelsen av att vara stympad och att ha förlorat sin attraktivitet. Att bröstet, fysiologiskt sett, inte är ett nödvändigt organ gör inte den starka psykiska påföljden mildare eftersom det för många har en viktig psykisk funktion för självkänslan. Ju skörare

identitet och självkänsla den mastektomiopererade kvinnan har, desto lättare uppstår psykiska reaktioner av sorg och ängslan i efterförloppet. Tack vare utvecklingen som skett inom plastikkirurgin är dock situationen idag förbättrad för många av de kvinnor som genomgår mastektomi (Cullberg, 2007, s 120-125).

Hur en påfrestning upplevs och hanteras kan bero på vilken grad av känsla av sammanhang (KASAM) vi upplever i livet, det vill säga vilken meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet vi känner. Meningsfullhet syftar på i vilken utsträckning vi känner att livet har en känslomässig innebörd, att de problem och krav livet ställer oss inför är värda att investera energi i, är värda engagemang och hängivelse, är utmaningar att välkomna snarare än bördor som vi hellre är utan. Begriplighet handlar om att de stimuli vi möter är förutsägbara, eller att de, när de kommer som överraskningar åtminstone går att ordna och förklara. Hanterbarhet avser den grad till vilken vi upplever att det finns resurser till vårt förfogande, med hjälp av vilka vi kan möta de problem och svårigheter vi utsätts för i livet (Antonovsky, 1991, s 38-41).

Som sjuksköterska har man en viktig uppgift i att hjälpa patienten att hantera de känslor som uppstår i samband med mastektomin (Weaver, 2009). Enligt Joyce Travelbees omvårdnadsteori är omvårdnadens överordnade mål och syfte att hjälpa personen att hantera, bära och finna mening i de erfarenheter som följer med lidande och sjukdom. Travelbee betonar i sin teori att tillstånd med svårt lidande kan utvecklas oberoende av det medicinska tillståndet. En patient kan utveckla allvarligt och intensivt lidande trots att prognosen objektivt sett kan vara god. Olika faktorer som kan ge upphov till upplevelse av lidande är sjukdom, fysisk och psykisk smärta och alla former av förluster. Ju större värde och betydelse man lägger vid det förlorade, desto starkare är det lidande man upplever. Som professionell sjuksköterska kan man uppnå omvårdnadens överordnade mål och syfte genom en mellanmänsklig process med patienten där man på allvar ser varandra som unika individer och inte som fasta i roller (Jahren-Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2006, s 26-32).

För att kunna stödja kvinnan efter genomgången mastektomi är det viktigt att sjuksköterskan förstår hennes känslor och hennes lidande. Därför belyser denna litteraturstudie kvinnors upplevelser och anpassning efter mastektomi, för att sjuksköterskor ska få ökade kunskaper om dessa kvinnor i omvårdnadssammanhang.

Syfte

Syftet med litteraturstudien är att belysa kvinnors upplevelser, strävan mot hälsa och omvårdnad efter genomgången mastektomi till följd av bröstcancer.

Metod

Metoden är en litteraturstudie som genomförts genom granskning av vetenskapliga artiklar. Denna studie görs för att få en översikt över kunskapsläget inom ett visst vårdvetenskapligt område (Friberg, 2006, s 15). Att systematiskt värdera, analysera och sammanställa resultat från tidigare forskning inom omvårdnad blir allt viktigare i och med den stora tillgången (Forsberg & Wengström, 2008, s 19). Utifrån SBU/SSF nr 4 (1999) har artiklarna noggrant värderats och klassificerats.

Inklusions- och exklusionskriterier

De artiklar som inkluderats i studien är skrivna på engelska, publicerade år 2001 eller senare och relevanta för syftet. Artiklar som handlar om manliga bröstcancerpatienter har exkluderats.

Litteratursökning

Sökord som sedan utgör en grund för litteratursökningen kan formuleras när problemområdet har avgränsats (Forsberg & Wengström, 2008, s 80). Sökning efter vetenskapliga artiklar har gjorts i databaserna Pubmed, Cinahl och Psycinfo. Sökningarna har sammanställts i tabell 1 för att få en god översikt.

Tabell 1. Artikelsökning.

Databas	Sökord	Träffar	Granskade	Inkluderade
Pubmed	Mastectomy + nursing care	201	2	2
Pubmed	Breast neoplasms + mastectomy + adaptation	98	14	7
Pubmed	Breast neoplasms + mastectomy + experience + nurse*	19	1	0
Cinahl	Mastectomy + breast neoplasms	74	2	1
Psycinfo	Mastectomy + breast neoplasms + experience	51	6	5
Manuell sökning i referenslistor			4	3

Limits: Engelska, publicerade år 2001 eller senare. Sökningarna är gjorda 110125.

Klassificering och värdering av studier

Klassificering av artiklar har skett enligt SBU/SSF nr 4 (1999, s 15-16) och artiklarna har delats in i följande grupper:

- Randomiserad kontrollerad studie (C). Prospektiv studie där en slumpmässig fördelning av patienter gjorts till en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.
- Prospektiv studie (P). Jämförelse görs mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper, men utan slumpmässig fördelning.
- Retrospektiv studie (R). Ett historiskt material analyseras, med hjälp av exempelvis journalhandlingar.

Kvalitativ omvårdnadsforskning har enligt SBU/SSF nr 4 (1999, s 15-16) en lång tradition och ingår därför i studien.

- Kvalitativ studie (K). Data som insamlats genom intervjuer, berättelser eller observationer analyseras i syfte att fördjupa förståelsen för studerade fenomen.

Studiernas vetenskapliga kvalitet har värderats enligt en tregradig skala; hög vetenskaplig kvalitet (I), medel vetenskaplig kvalitet (II) och låg vetenskaplig kvalitet (III).

Tabell 2. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet, studier med kvantitativ metod, enligt SBU/SSF nr 4 (1999, s 48).

	I = Hög	II = Medel	III = Låg
C	Prospektiv randomiserad studie. Större väl planerad och genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter tillräckligt stort för att besvara frågeställningen.	-	Randomiserad studie med för få patienter, och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
P	Prospektiv studie utan randomisering. Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter, adekvata statistiska metoder.	-	Litet antal patienter, brister i genomförande, tveksamma statistiska metoder.
R	Retrospektiv studie. Stort konsekutivt patientmaterial väl beskrivet och analyserat med adekvata statistiska metoder (t ex multivariantanalys, fallkontrollmetodik etc). Lång uppföljningstid.	-	Begränsat patientmaterial otillräckligt beskrivet, alltför kort uppföljning eller inadekvata statistiska metoder.

Tabell 3. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet, studier med kvalitativ metod, enligt SBU/SSF nr 4 (1999, s 48).

	I = Hög	II = Medel	III = Låg
K	Studie med kvalitativ metod. Väldefinierad frågeställning, relevant urval samt väl beskriven undersökningsgrupp och kontext. Metod och analys väl beskriven och genomförd, resultatet är logiskt och begripligt, god kommunikerbarhet.	-	Dåligt/vagt formulerad frågeställning, undersökningsgrupp för liten/otillräckligt beskriven, metod/analys ej tillräckligt beskriven eller bristfällig resultatredovisning.

Bearbetning

Bearbetning har skett i tre faser enligt SBU/SSF nr 4 (1999, s 16 -17).

Fas 1: Utifrån sökkombinationerna gjordes en genomgång av 242 titlar och 114 abstrakt. Då artiklarnas titlar motsvarade litteraturstudiens syfte lästes även abstrakten. 24 artiklar motsvarade studiens syfte och valdes ut för fortsatt granskning.

Fas 2: De 24 artiklar som motsvarade studiens syfte i fas 1 lästes i sin helhet. De som inte passade studiens syfte exkluderades. 17 av dessa artiklar gick vidare till fas 3 för fortsatt granskning. Manuell sökning gjordes i relevanta artiklars referenslistor för att få ytterligare material till studien, vilket resulterade i att ytterligare fyra artiklar lästes. Av dessa passade tre artiklar studiens syfte och gick vidare till fortsatt granskning. Totalt gick 20 artiklar vidare till fas 3.

Fas 3: De 20 artiklar som gick vidare till denna fas, klassificerades enligt SBU/SSF nr 4 (1999, s 15-16). Den vetenskapliga kvaliteten granskades enligt tabell 2 och 3 och med hjälp av granskningsmall (bilaga 1). Två artiklar bedömdes vara av låg kvalitet och uteslöts. Bedömningen dokumenterades och redovisas i bilaga 2.

Analys

Artiklarna lästes i sin helhet flera gånger och de relevanta delarna översattes till svenska. Innehållet sorterades och delades in i rubriker och underrubriker genom att färgkoda (jfr Polit & Beck, 2008, s 508-518; Forsberg & Wengström, 2008, s 162-163). Totalt skapades tre huvudrubriker och nio underrubriker, se tabell 3. Delarna av innehållet sorterades in under rätt huvudrubrik och underrubrik, se utdrag ur artikelsammanställningen i bilaga 3.

Tabell 3. Översikt av huvudrubriker och underrubriker.

Huvudrubrik	Underrubrik
Emotionella aspekter	Självbild Psykisk påverkan Relationer
Fysiska aspekter	Sexualitet Förändrat utseende Smärta och obehag
Strävan mot hälsa	Copingstrategier Behov av stöd Protes och bröstrekonstruktion

Etisk granskning

Vid en litteraturstudie bör etiska överväganden kring urval och presentation av resultat göras. Vid granskning av artiklar ska tillstånd av etisk kommitté ha givits eller noggranna etiska överväganden ha gjorts för att studien ska inkluderas. Både artiklar som stödjer respektive inte stödjer forskarens egen åsikt ska presenteras för att litteraturstudien ska vara etisk. Dessutom ska alla artiklar som inkluderas i litteraturstudien redovisas och arkiveras på ett säkert sätt i tio år (Forsberg & Wengström, 2008, s 77).

Resultat

Litteraturstudiens resultat omfattar 18 vetenskapliga artiklar. Sex är utförda med kvantitativ metod, tio med kvalitativ metod och två med kvalitativ-kvantitativ metod. Studierna har utförts i Schweiz, Sverige, Turkiet, Australien, Skottland, USA, Grekland, Portugal, Polen, Tyskland och Brasilien.

Emotionella aspekter

Självbild

Piot-Ziegler, Sassi, Raffoul och Delaloye (2010) har funnit att mastektomi kan framkalla en djup identitetskris hos kvinnan som är drabbad. Ingreppet upplevs inte som en simpel kirurgisk behandling som lämnar ett ytligt fysiskt ärr. Det är en traumatiserande upplevelse som skakar om den grund kvinnans liv vilar på och utmanar hennes identitet. Många kvinnor känner sig främmande för sig själva och sina kroppar efter ingreppet. Deras kroppsintegritet förändras och de känner sig onormala i en sjuk och förändrad kropp. En deltagare känner sig inte som tidigare, inte bara på grund av att hon förlorat ett bröst utan även för att hon blivit bedragen av sin egen kropp. En annan kvinna har förlorat känslan av att vara en hel människa och känner sig som ett monster som ett resultat av mastektomin. Att känna sig onormal är en upplevelse som även har rapporterats av Hill och White (2008).

Flera kvinnor beskriver mastektomin som ett angrepp på kvinnligheten (Piot-Ziegler et al., 2010). De uttrycker tankar om att vara könlös eller förvandlad till en manlig person som resultat av mastektomin. En kvinna upplever det som att återvända till barndomen, till tiden före puberteten då den fysiska förändringen av kroppen inträffar. Att mastektomi kan

uppfattas som ett angrepp på kvinnligheten har även Chamberlain-Wilmoth (2001) visat. Kvinnorna beskriver hur bröstet gett näring till deras barn och definierat dem som kvinnor och att ingreppet därför är ett angrepp på en del av dem som är mycket känslomässigt laddad. Samtidigt berättar en kvinna om hur hon kommit till insikt om att man är kvinna i så mycket mer än sina bröst. En förändring av hennes tidigare föreställning som innebär att man behöver två bröst för att vara kvinna (Roberts, Livingston, White & Gibbs, 2003).

Mastektomin har också en påverkan på bröstets symbolism. Bröstet är tätt förknippat med moderskap och fertilitet. Amning skapar speciella band mellan modern och det nyfödda barnet. Flera kvinnor känner att deras mastektomier kommer att hindra dem från att bli mödrar (Piot-Ziegler et al., 2010).

Dagligen konfronteras kvinnorna med en idealiserad bild av kvinnor. Att jämföra sig med sociokulturella normer förmedlade av konst, reklam och den offentliga debatten där de perfekta bröstet är en symbol för kvinnlighet, förstärker den fysiska förändring som kvinnorna redan upplever genom mastektomin. Många upplever en diskrepans mellan vad som socialt förväntas av en kvinnas utseende och den egna verkligheten. Den feminina bild som visas i reklam och andra människors attityder upplevs som jobbig. En kvinna uttrycker att det gör ont att se reklam för bh:ar, för parfym, för allt. Att se en naken kvinna är smärtsamt (Piot-Ziegler et al., 2010).

Psykisk påverkan

Hill och White (2008) har visat att den övergripande upplevelsen av att förlora ett bröst är oväntad, oerhört personlig och betydande. De flesta kvinnorna beskriver någon form av depression. Många var dåligt förberedda på vilken effekt mastektomin skulle ha på dem. De trodde att de skulle kunna hantera situationen utan ett bröst relativt bra men är förvånade över mastektomin emotionella effekt.

Chamberlain-Wilmoth (2001) har funnit att kvinnorna efter behandlingen är glada över att de tagit sig igenom den och över att vara vid liv. Samtidigt är de ambivalenta eftersom de genom att överleva tvingas uppleva förlusten av en kroppsdel och förändringar i en del av dem själva som definierar dem som kvinnor.

Perspektivet av att dö och upptagenheten av att hälsan försämras, nedstämdhet, nervositet och oro är signifikanta problem hos kvinnor som genomgått mastektomi enligt Wronska, Stepien

och Kulik (2003). Dock uppger kvinnorna att de inte gett upp hoppet om att övervinna sjukdomen och att de känner sig nöjda med hur de hanterar situationen.

Oro för att utveckla lymfödem efter genomgången mastektomi är ett problem enligt da Silva och dos Santos (2010). Av de kvinnor som inte drabbats av lymfödem är hälften rädda för att det ska ske och ser risken att denna oro kan komma att ingå som ett permanent orosmoment i deras liv.

Avci, Okanli, Karabulutlu och Bilgili (2009) har undersökt nivån av hopplöshet hos kvinnor som genomgått mastektomi. 72,9 procent av deltagarna upplever inte hopplöshet och alla som upplever hopplöshet upplever det bara stundtals. Alla kvinnor som deltog blev frågade om sin kroppsuppfattning under den postoperativa perioden. 44,1 procent av kvinnorna rapporterar att de känner sig ledsna, 32,2 procent rapporterar att de upplever hur de började komma in i en depression och 23,7 procent rapporterar att de ignorerar sin kroppsuppfattning.

Larsson, Sandelin och Forsberg (2010) har funnit att den hälsorelaterade livskvaliteten hos kvinnor sjunker efter mastektomi men sedan stiger över tid. Sex månader efter ingreppet är den dock inte i samma nivå som normalvärdet för den svenska befolkningen.

Att livskvaliteten sjunker och sedan ökar igen efter mastektomi har även Parker et al. (2007) visat. Både den psykosociala anpassningen och livskvaliteten minskar hos patienterna på kort sikt efter ingreppet men återgår till samma nivåer som innan operationen under den tvåårsperiod som följer.

I motsats till Parker et al. (2007) och Larsson et al. (2010) har Engel, Kerr, Schlesinger-Raab, Sauer och Hölzel (2004) visat att mastektomipatienter inte upplever någon stor förbättring av livskvaliteten på längre sikt efter ingreppet. Nivån av livskvalitet jämfördes mellan patienter som genomgått mastektomi och patienter som genomgått bröstbevarande kirurgi. De förbättringar som rapporteras gällande livskvalitet över tid är i huvudsak begränsade till gruppen som genomgått bröstbevarande kirurgi. Mastektomipatienterna har lägre resultat på nästan alla uppmätta variabler.

Enligt Skrzypulec, Tobor, Drosdzol och Nowosielski (2008) beror mastektomiopererade kvinnors tillfredsställelse med livet på nivån av posttraumatisk stress och påverkas inte av tiden som gått efter operationen.

Relationer

Mastektomi förändrar inte bara relationen kvinnan har till sin kropp. Ingreppet påverkar också hennes relationer till andra människor. Rädslan för att chockera eller såra andra, främst i intima relationer, skapar nya begränsningar som hämmar den personliga friheten och ger kommunikationsproblem. Det fysiska området där bröstet varit, skapar ett relationellt tomrum och lämnar plats för missförstånd. Risken finns att kvinnan och hennes partner låter upprätta en distans med syfte att skydda varandra (Piot-Ziegler, 2010).

Hill och White (2008) har funnit att många kvinnor är rädda för att andra inte ska tolka deras känslor på rätt sätt. De rapporterar också försämrade nivåer av tillit och några upplever tillbakadragande från samhället och isolering från världen utanför efter mastektomin.

Anagnostopoulos och Myrghianni (2009) har jämfört en rad variabler mellan kvinnor som genomgått mastektomi, bröstbevarande kirurgi samt en grupp friska kvinnor. Resultatet visar att kvinnorna som genomgått mastektomi är de som undviker kontakt med andra människor i störst utsträckning efter ingreppet. Detta samstämmer med resultatet av Engel et al. (2004) där man har jämfört långsiktig livskvalitet efter behandling med antingen mastektomi eller bröstbevarande kirurgi.

Mastektomipatienter upplever också sin familjesituation och det sociala livet mycket sämre än friska kvinnor enligt Wronska et al. (2003). De patienter som har låg psykisk påverkan av ingreppet anpassar sig bättre till det äktenskapliga livet efter mastektomin än de som har hög psykisk påverkan (Avci et al., 2009).

Fysiska aspekter

Sexualitet

Den förändrade känsloupplevelsen kring bröstet till följd av mastektomin orsakar för många en förlust av sexlusten (Björkman, Arnér och Hydén, 2008). Förändrade känselförnimmelser som resultat av mastektomi beskrivs även av Chamberlain-Wilmoth (2001). Många kvinnor har problem med domningar i tidigare känsliga bröst och en kvinna uppger att just känslan i bröstet tidigare var en viktig komponent för att göra henne upphetsad. Nu blir hon inte upphetsad av något och ville bara få det sexuella överstökat så att hon kan ägna sig åt något annat. Många par byter också sexställningar som resultat av kirurgin.

Karabulut och Erci (2009) har funnit att många kvinnor har dålig sexlust efter en mastektomi. Behandling, personliga drag, känsla av kvinnlighet och tillfredsställelsen av sexlivet är faktorer som påverkar sexlusten för dessa kvinnor. Tillfredsställelsen av sexlivet påverkas av ålder, sexlust och stöd för kvinnlighet och kroppsuppfattning.

Parker et al. (2007) har undersökt de kortsiktiga och långsiktiga effekterna av mastektomi utan rekonstruktion, mastektomi med rekonstruktion samt bröstbevarande kirurgi när det gäller psykosocial anpassning och livskvalitet. Resultatet visar att alla de tre typerna av kirurgiska ingrepp har en negativ påverkan på tillfredsställelsen av sexuella aktiviteter den närmaste tiden efter. Dock ökar den sedan inom alla grupper under den långsiktiga perioden efter ingreppet och efter två år är tillfredsställelsen på samma nivå som strax innan ingreppet eller högre.

Resultat har också framkommit som visar att sexlivet nödvändigtvis inte behöver försämrats på grund av mastektomi. En kvinna beskriver att intimiteten finns kvar och att hon känner sig kvinnlig och bekväm sexuellt trots ingreppet (Truelsen, 2003). I en annan studie uppger de flesta kvinnorna att deras partners accepterar deras kroppar efter mastektomin och att sexlivet inte har påverkats (Hill & White, 2008).

Förändrat utseende

Många kvinnor känner sig vanställda och skeva efter genomgången mastektomi. Kvinnans bröststorlek kan antingen förstärka eller minska denna känsla. Ju större bröst kvinnan har ju skevare känner hon sig efter ingreppet. En kvinna önskar att kirurgen hade tagit bort lika mycket av det friska bröstet som av det sjuka (Boehmke & Dickerson, 2005).

Upplevelser av asymmetri och obalans har även Piot-Ziegler et al. (2010) funnit. Flera kvinnor upplever postural obalans och visuell disharmoni till följd av att de förlorat ett bröst. Några uppger att de önskar att de fått båda brösten bortopererade för att slippa den uppkomna asymmetrin.

Det förändrade utseendet som kirurgen resulterar i leder till praktiska utmaningar (Chamberlain-Wilmoth, 2001). Deltagarna upptäcker att kläderna inte sitter som före operationen och upplever att storleksskillnaden mellan brösten är uppenbar även när de är påklädda.

Hill och White (2008) har funnit att många kvinnor är osäkra på att exponera sina kroppar efter ingreppet. En kvinna vill inte visa sin förändrade kropp naken för någon, inte ens för maken.

Smärta och obehag

Efter mastektomin upplevs fysiska obehag i form av domningar och spänningar i bröst- och axelområdet. En kvinna beskriver hur hela området kring axeln och skulderbladet var domnat i flera veckor. Detta påverkar förmågan att fungera och utföra aktiviteter i det dagliga livet. En annan beskriver hur domningar och stramhet i musklerna kring armen kan göra det svårt att sträcka sig efter saker. Domningarna är väldigt omfattande för en del kvinnor (Boehmke & Dickerson, 2005).

Björkman et al. (2008) har också beskrivit problem relaterat till minskad känsel kring ärret. Kvinnorna förklarar detta som en konsekvens av att ärret blivit så ihopdraget och att det känns trångt. Detta orsakar begränsningar i rörlighet i axlar och armar och vissa estetiska besvikelser. Att känsligheten kring bröstet försvunnit beskrivs ofta som besvärande.

da Silva och dos Santos (2010) har visat att avlägsnande av lymfkörtlar i samband med mastektomi kan leda till fysiska besvär som lymfödem och rörelsebegränsningar som kan hindra patienterna i vardagen.

Björkman et al. (2008) har undersökt förekomsten av fantomkänslor hos mastektomipatienter. Av de åtta kvinnor som deltog upplever fyra av dem någon form av fantomkänsla i bröstet. Två av deltagarna upplever endast fantomkänsla i bröstvårtan. En deltagare har en känsla av tryck någonstans i bröstet vilket hon upplever som någon form av smärta. De kvinnor som känner smärta i hela bröstet beskriver smärtan antingen som tillfällig, som en elektrisk stöt, eller som mer varaktig av stickande karaktär.

Hälften av de kvinnor som upplever fantomkänslor beskriver dem med hjälp av metaforer som till exempel blixtar som kommer plötsligt och snabbt som vindar. Den andra hälften av kvinnorna som upplever fantomkänslor använde sig inte av metaforer. De har svårt att hitta de rätta orden som förklarar deras fantomkänslor så korrekt som möjligt (Björkman et al., 2008).

Strävan mot hälsa

Copingstrategier

Flera kvinnor hanterar förlusten av ett bröst genom att vara extra noga med klädsel och hygien samt genom att göra träning till en rutin. Genom yttre ansträngningar kan de anpassa sig till sina saknade delar men det saknade bröstet glöms inte bort. En kvinna beskriver hur kläderna får henne att inte tänka på det men när hon klär av sig blir hon återigen medveten om att hon saknar ett bröst (Chamberlain-Wilmoth, 2001).

Piot-Ziegler (2010) har visat att humor hjälper kvinnorna att handskas med ångest och fysiskt och psykiskt lidande samt att möta den osäkerhet de känner inför att genomgå bröstrekonstruktion och se resultatet av den. En kvinna beskriver skrattet som välgörande. Hon känner sig glad och tänker för en stund inte alls på sin sjukdom.

Hill och White (2008) har funnit att förlusten av ett bröst är mer betydelsefullt för kvinnorna än vad de förväntat sig. Eftersom de vill bli förknippade med mer än sina bröst försöker de ta itu med den djupgående inverkan mastektomin har på deras liv utan att lägga allt fokus på bröstet.

Behov av stöd

Karabulut och Erci (2009) har funnit att mastektomiopererade kvinnor har ett stort behov av stöd för främjande av kvinnlighet och kroppsuppfattning. Enligt Chamberlain-Wilmoth (2001) har stöd från andra en stor effekt på hur väl varje kvinna anpassar sig till att leva med de sexuella konsekvenser som blir resultatet av ingreppet. Förhållanden är viktiga eftersom stöd eller brist på stöd från partnern har stor inverkan på förmågan att handskas med behandling och behandlingsrelaterade sidoeffekter. En kvinna beskriver sin make som ett stort stöd som gjort det möjligt för henne att ta sig igenom behandlingen.

Enligt Skrzypulec et al. (2008) finns det en statistisk signifikant relation mellan nivån av oro och patienternas civilstånd. De som har ett fast förhållande upplever mindre oro än singelkvinnor. Detta bekräftas av Parker et al. (2007) som har visat att gifta kvinnor har färre depressiva symtom än singelkvinnor en vecka efter mastektomin.

Många kvinnor rapporterar brister i informationen om sexualitet i samband med insjuknandet och behandlingen. De tycker att de fått bristfällig information av sjuksköterskorna och övrig sjukvårdspersonal och kan inte minnas att de talat om sexuella förändringar som kan uppstå (Chamberlain-Wilmoth, 2001).

Att genomgå en mastektomi påverkar en kvinnas identitet. Sjuksköterskorna, som är en del av stödet och nätverket kring dessa kvinnor, har en grundläggande roll när det gäller att delta i byggprocessen av den nya identiteten och finna vägar som gör det möjligt att gå vidare till nya faser i livet (de Almeida-Araújo, da Silva, Bonfim & Fernandes, 2010).

Kvinnor som fått protes efter sin mastektomi upplever stödet från de bröstspecialiserade sjuksköterskorna som väldigt stort och värdefullt enligt Roberts et al. (2003). En av kvinnorna beskriver dem som helt fantastiska och kan inte föreställa sig hur hon skulle ha klarat av att gå igenom processen utan dem.

Sjuksköterskorna bör värdesätta varje kontakttillfälle som ges med de mastektomiopererade kvinnorna under sjukhusvistelsen. I vissa situationer är kvinnorna rädda och ber om sällskap utan att uttala det, vilket sjuksköterskorna kan uppfatta om de är uppmärksamma (de Almeida-Araújo et al., 2010). Kvinnor som genomgått mastektomi har en önskan om att sjuksköterskorna ska kunna se de små detaljerna så att de kan stötta deras individuella behov. De vill att sjuksköterskorna inte bara ska vara mottagliga för fysiska behov utan också psykiska och emotionella. Sjuksköterskorna ska ta deras känslor och rädslor på allvar (Remmers, Holtgräwe & Pinkert, 2009).

Enligt Remmers et al. (2009) har patienterna en förhoppning om att sjuksköterskorna ska vara vid deras sida i svåra situationer. Rutinkontrollerna efter operationen, där det undersöks hur de mår, tycker patienterna är värdefulla. De får en känsla av att de tas om hand och de känner sig trygga. Ofta behövs det inte mycket för att få kvinnorna att känna sig trygga, det räcker med fysisk kontakt som till exempel att hålla handen.

Kvinnorna upplever att när sjuksköterskorna pratar om vardagslivet och använder humor så kan de släppa sjukdomen för en stund och de känner att livet kan gå vidare. Det är värdefullt för patienten om sjuksköterskan visar att hon är stark i sig själv. En förtroendefull relation mellan sjuksköterskan och patienten är bra för patientens välbefinnande (Remmers et al., 2009).

Protes och bröstrekonstruktion

Truelsen (2003), har undersökt betydelsen av att göra en bröstrekonstruktion. Resultatet visar att kvinnor gör en omedelbar bröstrekonstruktion för att minimera förlusten av ett bröst och för att uppfylla sin önskan om att vara hel och normal.

En kvinna berättar att hon valde att göra omedelbar rekonstruktion för att hon trodde att det skulle ta längre tid att komma igenom processen om hon skulle behöva använda protes. En annan kvinna berättar att hon gjorde omedelbar bröstrekonstruktion för att hon inte ville gå igenom resten av livet utan att vara mer eller mindre normal. En tredje kvinna berättar att hon var rädd för att känna sig mindre kvinnlig och att hon inte ville vakna upp efter operationen och se att det inte finns något bröst där. Därför valde hon att göra en omedelbar rekonstruktion (Truelsen, 2003).

Att bli frisk var den högsta prioriteten och något som måste inträffa innan bröstrekonstruktion kunde komma i fråga för en av kvinnorna. Efter behandlingen var dock rekonstruktion något som hon måste få gjort. Hon tyckte inte om sin protes. Den var bara besvärlig och aldrig en del av henne. Hon berättar även att hon trodde att hon skulle känna sig mer normal efter att ha gjort rekonstruktionen. En annan kvinna berättar att hon inte kände sig som sig själv efter mastektomin och att rekonstruktion skulle få henne att känna sig mer normal (Truelsen, 2003).

En kvinna beskriver hur hon känner sig stympad och hur en rekonstruktion kan få kroppen att se mindre chockerande ut. Andra kvinnor berättar att de tror att även om en rekonstruktion kan fylla det kroppsliga tomrum mastektomin lämnat är det inte lätt att integrera det i kroppen. Det rekonstruerade bröstet är något främmande, inte deras bröst. Både bland de kvinnor som får omedelbar bröstrekonstruktion och de som genomgår det senare är de vanligt med en stark känsla av ambivalens kring det nya bröstet. Det gör det möjligt att behålla sitt tidigare utseende inför andra men återupprättar inte den fysiska integriteten eller känslan av kvinnlighet. Kvinnorna måste söka efter ett nytt sätt att leva och att vara kvinnor, omdefiniera vilka de är på djupet (Piot-Ziegler, 2010).

Roberts et al. (2003) har undersökt hur kvinnor upplever det att använda och prova ut bröstproteser. Kvinnorna får information om bröstproteser innan operationen men ser inte en protes förrän några dagar efter mastektomin. Det framkommer att de flesta kvinnor inte vill prata om proteserna så snart efter operationen. Dock tycker kvinnorna, med facit i hand, att det är en viktig del för att få hjälp att möta problemet och för att kunna gå vidare till nästa steg i processen.

Några bröstspecialiserade sjuksköterskor berättar att de inte tycker att det är någon idé att diskutera proteser med kvinnorna under sjukhusvistelsen. De anser att kvinnorna får så

mycket information om sin prognos och behandling under sjukhus tiden och att de inte är redo att börja fundera på protes (Roberts et al., 2003).

De flesta kvinnorna berättar att de föredrar att vara utan protes när de är ensamma hemma. Detta beror ofta på obehag, antingen på grund av dålig passform som gör att proteserna flyttar på sig eller på grund av det blir för varmt. Trots dessa problem berättar kvinnorna att de använder proteserna när de går ut eller när de ska klä upp sig. Många kvinnor känner att proteserna gör att ingen kan se att de genomgått en mastektomi. Kvinnorna är överens om att det är viktigt att känna sig normal (Roberts et al., 2003).

Metoddiskussion

I litteraturstudien användes arton artiklar, sex kvantitativa, tio kvalitativa och två kvalitativ-kvantitativa.

Innan studien genomfördes trodde författarna, på grund av syftet, att resultatet skulle komma att utgöras av endast kvalitativa artiklar. Kvalitativa studier går på djupet och undersöker upplevelser. Dock fann man att mycket av forskningen var gjord med kvantitativ metod i syfte att jämföra olika bröstcancerbehandlingar med varandra. För att få ihop tillräckligt med material inkluderades även kvantitativa artiklar som var av intresse, men i huvudsak bestod materialet av kvalitativa artiklar.

Enligt Forsberg och Wengström (2008, s 125), är forskning en färskvara och den ska helst inte vara mer än tre till fem år gammal för att inkluderas i en studie. För att få tillräckligt med material tänjdes gränserna och artiklar publicerade de senaste tio åren inkluderades. Författarna fann att det var mycket gamla referenser i artiklarna och detta kan tolkas som att det behövs ny forskning inom detta ämne.

Forskningen som utförts i Polen sticker ut från övrig forskning. I Polen är femårsöverlevnaden för bröstcancer sämre än i andra länder (Skryzypulec et al., 2008). Detta kan påverka studieresultatet men författarna valde ändå att använda artiklarna på grund av att resultatet var av intresse.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att belysa kvinnors upplevelser och anpassning efter genomgången mastektomi till följd av bröstcancer. Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor och många av de som drabbas går igenom en mastektomi (Socialstyrelsen, 2007a; Socialstyrelsen 2007b). Detta tyder på att sjuksköterskor ofta kommer att komma i kontakt med dessa kvinnor i sin yrkesutövning och därför är det viktigt att ha kunskap inom detta område.

De flesta kvinnor som genomgår en mastektomi känner sig onormala, mindre kvinnliga och får en försämrad kroppsuppfattning, något som ofta leder till en depression (Chamberlain-Wilmoth, 2001; Hill & White, 2008). Att kvinnorna ofta drabbas av en depression beror enligt Cullberg (2007, s 120-125) på att de hamnar i en krissituation. När kvinnan går igenom en kris testas hennes förmåga att hantera svårigheter (Reitan & Schölberg, 2003, s 56). Enligt Antonovsky (1991, s.41) beror kvinnans sätt att klara sig igenom krisen på hennes känsla av sammanhang, det vill säga den utsträckning i vilken hon upplever tillvaron som meningsfull, begriplig och hanterbar. Har hon en hög känsla av meningsfullhet drar sig inte kvinnan för att konfronteras med den utmaning som hon ställs inför utan är inställd på att söka en mening i den och göra sitt bästa för att med värdigheten i behåll komma igenom den. En sådan utmaning kan till exempel vara en mastektomi. Enligt Travelbees omvårdnadsteori (Jahren-Kristoffersen et al, 2006, s 27) är en av den professionella sjuksköterskans uppgifter att hjälpa kvinnan att finna en mening i de erfarenheter som följer av sjukdom och lidande. Detta samstämmer med den del av resultatet som visar att sjuksköterskan spelar en viktig roll när kvinnan ska finna vägar som gör det möjligt att gå vidare till nya faser i livet (de Almeida-Araújo et al., 2010).

Cullberg (2007, s 124) förklarar att ju skörare identitet och självkänsla kvinnan har, ju lättare uppstår psykiska reaktioner av sorg och ångslan i efterförloppet. Detta kan tolkas som att kvinnan i studien av Roberts et al (2003) hade stark identitet och självkänsla eftersom hon istället för att endast sörja det förlorade bröstet såg att hon var kvinna i så mycket annat än bara bröstet. Här har sjuksköterskan en viktig roll när det gäller att stärka kvinnornas självkänsla för att de på bästa sätt ska klara sig igenom denna kris.

Ju större värde och betydelse man lägger vid det förlorade, desto starkare är det lidande man upplever (Jahren-Kristoffersen et al., 2006 s 28). En kvinna kände sig kvinnlig och bekväm

sexuellt trots ingreppet (Truelsen, 2003) medan en annan kvinna såg det som ett angrepp mot kvinnligheten och tappade sexlusten (Chamberlain-Wilmoth, 2001). Kvinnorna lade troligen olika stor vikt vid det förlorade bröstet och därför upplevde de situationen på olika sätt. Sjuksköterskan har här en viktig uppgift att erbjuda stödsamtal till kvinnor för att underlätta de psykiska påfrestningarna.

Resultatet visade att gifta kvinnor upplever mindre psykiska symtom än singelkvinnor efter mastektomi (Skrzypulec et al., 2008; Parker et al., 2007). Detta kan tolkas som att gifta kvinnor är trygga i sig själva och har bra stöd från sin make. För singelkvinnor som inte har detta stöd kan det vara extra viktigt att sjuksköterskan finns där och stöttar. Chamberlain-Wilmoth (2001) belyser makens betydelse för kvinnor som genomgår en mastektomi. Enligt Antonovsky kan en make ses som en resurs i KASAMs komponent hanterbarhet, som gör att man kan möta de krav som ställs av de stimuli som man utsätts för. Kvinnor som har en hög grad av hanterbarhet kommer inte att känna sig som ett offer för omständigheterna utan kommer att reda sig och inte sörja för alltid. Sjuksköterskan kan också ses som en resurs i komponenten hanterbarhet (Antonovsky, 1991, s 40). Detta tyder på att både sjuksköterskan och maken har en viktig roll i att stötta kvinnan genom denna process och ge verktyg för att hantera situationen.

Resultatet visade att många kvinnor upplevde att de fått bristande eller utebliven information om hur sexualiteten kan påverkas av ingreppet (Chamberlain-Wilmoth, 2001). Detta bekräftas av Reitan och Schölberg (2003, s 83) som skriver att det är vanligt att sjuksköterskorna undviker att ta upp frågan om sexualitet med sina patienter. Fördomen att sexuallivet för dessa kvinnor är ett avslutat kapitel kan stärkas om sjuksköterskorna undviker att diskutera ämnet med patienterna. Detta tyder på att det finns ett stort behov av att tala om detta ämne. Sjuksköterskorna måste våga prata om detta med patienterna, även om det upplevs som svårt. Enligt Remmers et al. (2009) är det värdefullt för patienterna att sjuksköterskan är stark i sig själv. Detta kan tolkas som att om sjuksköterskan är trygg och stark i sin egen sexualitet blir det en bättre och mer avslappnad kommunikation mellan patienten och sjuksköterskan. Detta bekräftas av Reitan och Schölberg (2003, s 83) som skriver att sjuksköterskan behöver tänka över och förstå sin egen sexualitet för att kunna jobba med andras. Detta är en förutsättning för att kunna hjälpa andra med sexuella problem.

I resultatet presenteras motstridiga resultat gällande upplevelsen av livskvalitet efter en mastektomi. Engel et al (2004) menar att livskvaliteten inte förbättras på längre sikt efter

ingreppet medan Larsson et al (2010) och Parker et al (2007) kommer fram till att livskvaliteten sjunker den närmaste tiden efter ingreppet för att sedan öka. Detta skulle kunna bero på att undersökningarna har gjorts i olika länder och kvinnorna kan ha fått olika stöd i efterförloppet. Enligt Remmers et al. (2009) är en förtroendefull relation mellan sjuksköterskan och kvinnan bra för patientens välbefinnande.

Enligt Travelbees omvårdnadsteori kan man som sjuksköterska lyckas med att uppnå omvårdnadens överordnade mål genom att se patienten som en unik individ och inte som fast i en patientroll. Hon menar att även om lidande och förlust är en allmänmänsklig erfarenhet som följer av den mänskliga existensen, är den enskildes upplevelse högst personlig och därför måste hon ses som en individ (Jahren-Kristoffersen et al., 2006, s 26). Detta samstämmer med Remmers et al. (2009) resultat som visar att kvinnor som genomgått en mastektomi har en önskan om att sjuksköterskorna ska vara lyhörda för deras individuella behov. För att optimera vården för dessa patienter är det viktigt att sjuksköterskan ser de individuella behoven hos varje individ eftersom alla reagerar olika och har olika behov av stöd och omvårdnadsinsatser.

Slutsats

Många kvinnor som genomgår en mastektomi upplever psykiska symtom som oro, ångest och depression till följd av ingreppet. Det är viktigt att sjuksköterskan är lyhörd för dessa symtom för att kunna stötta och hjälpa kvinnorna i tid innan de psykiska symtomen blivit allt för svåra. Det är önskvärt att sjuksköterskan försöker skapa en långsiktig kontakt med kvinnan för att underlätta påfrestningarna som uppkommer efter en mastektomi. Kvinnor kan ha olika resurser att hantera påfrestningar, därför är det viktigt att man som sjuksköterska ser varje kvinna som en unik individ för att kunna stötta just henne på bästa sätt.

Det är önskvärt med fler kvalitativa studier om detta ämne, för att få en mer djupgående förståelse för dessa kvinnor. Det vore även intressant att studera vilken betydelse kulturella skillnader har för hur kvinnorna upplever sin situation efter en mastektomi. Detta eftersom det har visat sig att stöd spelar stor roll för hur kvinnorna mår, och stödet kan variera beroende på kultur och samhällsstruktur.

Referenser

(*) Avser artiklar som inkluderats i resultatet.

* Anagnostopoulos, F., & Myrghianni, S. (2009). Body Image of Greek Breast Cancer Patients Treated with Mastectomy or Breast Conserving Surgery. *Journal of Clinical Psychology, 16*, 311-321.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Natur och Kultur.

* Avci, I., Okanli, A., Karabulutlu, E., & Bilgili, N. (2009). Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing, 13*, 299-303.

* Björkman, B., Arnér, S., & Hydén, L.-C. (2008). Phantom Breast and Other Syndromes After Mastectomy: Eight Breast Cancer Patients Describe Their Experiences Over Time: A 2-Year Follow-Up Study. *The Journal of Pain, 9*, 1018-1025.

* Boehmke, M., & Dickerson, S. (2005). Symptom, Symptom Experiences, and Symptom Distress Encountered by Women With Breast Cancer Undergoing Current Treatment Modalities. *Cancer Nursing, 28*, 382-389.

* Chamberlain-Wilmoth, M. (2001). The Aftermath of Breast Cancer: An Altered Sexual Self. *Cancer Nursing, 24*, 278-286.

Cullberg, J. (2007). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.

* da Silva, G., & dos Santos, M. (2010). Stressors in Breast Cancer Post-Treatment: a Qualitative Approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18*, 688-695.

*de Almeida-Araújo, I., da Silva, R., Bonfim, I., & Fernandes, A. (2010). Nursing Communication in Nursing Care to Mastectomized Women: a Grounded Theory Study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18*, 54-60.

* Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H., & Hölzel, D. (2004). Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-Year Prospective Study. *The Breast Journal, 10*, 223-231.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Frankel, C. (2007). Choosing the appropriate breast cancer therapy for today's breast cancer patient. *Seminars in Oncology Nursing, 23*, S3-S9.

Friberg, F. (Red.). (2006). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

* Hill, O., & White, K. (2008). Exploring Women's Experiences of TRAM Flap Breast Reconstruction After Mastectomy for Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum, 35*, 81-88.

Jahren-Kristoffersen, N., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2006). *Grundläggande omvårdnad del 4*. Stockholm: Liber AB.

* Karabulut, N., & Erci, B. (2009). Sexual Desire and Satisfaction in Sexual Life Affecting Factors in Breast Cancer Survivors After Mastectomy. *Journal of Psychosocial Oncology, 27*, 332-343.

- * Larsson, J., Sandelin, K., & Forsberg, C. (2010). Health-Related Quality of Life and Healthcare Experiences in Breast Cancer Patients in a Study of Swedish Women. *Cancer Nursing*, 33, 164-170.
- * Parker, P., Youssef, A., Walker, S., Basen-Engquist, K., Cohen, L., Gritz, E., Wei, Q., & Robb, G. (2007). Short-Term and Long-Term Psychosocial Adjustment and Quality of Life in Women Undergoing Different Surgical Procedures for Breast Cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14, 3078-3089.
- * Piot-Ziegler, C., Sassi, M.-L., Raffoul, W., & Delaloye, J.-F. (2010). Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study. *British journal of health psychology*, 15, 479-510.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8th ed.). London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reitan, A-M., & Schölberg, T. (2003). *Onkologisk omvårdnad – Patient – problem – åtgärd*. Stockholm: Liber AB.
- * Remmers, H., Holtgräwe, M., & Pinkert, C. (2009). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 11-16.
- * Roberts, S., Livingston, P., White, V., & Gibbs, A. (2003). External Breast Prosthesis Use: Experiences and Views of Women With Breast Cancer, Breast Care Nurses, and Prosthesis Fitters. *Cancer Nursing*, 26, 179-186.
- SBU/SSF nr. 4. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med schizofreni*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- * Skrzypulec, V., Tobor, E., Droszol, A., & Nowosielski, K. (2008). Biopsychosocial functioning of women after mastectomy. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 613-619.
- Socialstyrelsen. (2007b). *Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer*. [Elektronisk]. Pdf-format. Tillgänglig <www.socialstyrelsen.se>. Sökväg: Nationella riktlinjer för bröstcancer. Art.nr 2007-102-9. [2011-02-23].
- Socialstyrelsen. (2007a) *Populärversion av nationella riklinjer för bröstcancervård*. [Elektronisk]. Pdf-format. Tillgänglig <www.socialstyrelsen.se> Sökväg: Nationella riktlinjer för bröstcancer. Art.nr 2007-114-51. [2011-02-23].
- * Truelsen, M. (2003). The meaning of 'reconstruction' within the lived experience of mastectomy for breast cancer. *Counselling and Psychotherapy Research*, 3, 307-314.
- Weaver, C. (2009). Caring for patient after mastectomy. *Nursing*, 39(5), 44-48.
- Weaver, C. (2005). Providing compassionate care for mastectomy patient. *Nursing*, 1(6), 14-22.
- * Wronska, I., Stepień, R., & Kulik, T. (2003). The Quality of Women's Life After Mastectomy in Poland. *Health Care for Women International*, 24, 900-909.

Bilaga 1 - Granskningsmall

Artikelgranskning

(Inspirerad av Hellzén, Johanson & Pejler för urval i SBU-rapport (1999)).

Artikel nr:..... Granskare:.....

Författare:.....

.....

Titel:.....

.....

Årtal:..... Tidskrift:.....

Land där studien utfördes:

Typ av studie: Original Review Annan

Kvantitativ Kvalitativ

Område:

1.....

2.....

3.....

4.....

Kvalitetsbedömning: Hög (I) Medel (II) Låg (III)

Kommentar:.....

.....

.....

Fortsatt bedömning: Ja Nej

Motivering:.....

KVALITETSBEDÖMNING

Frågeställning/hypotes:.....
.....
.....
.....

Typ av studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervention
 Annan

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv
 Randomiserad Kontrollerad
 Intervention Annan

Studiens omfattning: Antal försökspersoner (N):..... Bortfall (N)

Tidpunkt för studiens genomförande?..... Studiens längd.....

Beaktas: Könsskillnader? Ja Nej Åldersaspekter? Ja Nej

Kvalitativa studier

Tydlig avgränsning/Problemformulering?	Ja	Nej
Är perspektiv/kontext presenterade?	Ja	Nej
Finns ett etiskt resonemang?	Ja	Nej
Urval relevant?	Ja	Nej
Är försökspersonerna väl beskrivna?	Ja	Nej
Är metoden tydligt beskriven?	Ja	Nej
Kommunicerbarhet: Ges en klar bild av resultat?	Ja	Nej
Giltighet: Är resultatet logiskt, begripligt, i överensstämmelse med verkligheten, fruktbar/nyttigt?	Ja	Nej

Kvantitativa studier

Urval: Förfarandet beskrivet Ja Nej

Representativt Ja Nej

Kontext Ja Nej

Bortfall: Analysen beskriven Ja Nej

Storleken beskriven Ja Nej

Interventionen beskriven Ja Nej

Adekvat statistisk metod Ja Nej

Vilken statistisk metod är använd?
.....
.....

Etiskt resonemang Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten -valida Ja Nej

-reliabla Ja Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bilaga 2 – Tabell över inkluderade artiklar i studien

Författare, årtal, land	Studiens syfte	Design/Intervention	Deltagare (/Bortfall)	Analysmetod	Huvudresultat	Studiedesign – Kvalitet
Anagnostopoulos, F. & Myrghianni, S. (2009). Grekland.	Att undersöka och jämföra kroppsuppfattning hos kvinnor som genomgått BCT med dem som genomgått mastektomi och friska kvinnor.	Kvantitativ.	N = 140 (N = 0)	EFA, PAF, Chi-2 test.	Kvinnor som genomgått mastektomi upplever mer bekymmer över kroppsuppfattningen än friska kvinnor.	PI
Avci, I., Okanlı, A., Karabulutlu, E. & Bilgili, N. (2009). Turkiet.	Att undersöka den äktenskapliga omställningen och nivån av hopplöshet hos kvinnor som genomgått mastektomi.	Deskriptiv, kvantitativ.	N = 59 (N = 0)	SPSS.	Den äktenskapliga anpassningen för kvinnor som inte upplever hopplöshet var bättre än för de som upplevde hopplöshet.	PII
Björkman, B., Arnér, S. & Hydén, L-C. (2008). Sverige.	Att utforska kvinnors egna beskrivningar om och hur ”phantom breast fenomenon”, smärtupplevelser och andra symtom uppenbarar sig efter mastektomi.	Semistrukturerade intervjuer, kvalitativ.	N = 8 (N = 2)	Diskursanalys	Många kvinnor upplevde svårdefinierade smärtor och obehag där bröstet suttit.	KI
Boehmke, M. & Dickerson, S. (2005). USA.	Att identifiera symtom och upplevelser av symtom hos kvinnor som genomgår bröstcancerkirurgi.	Deskriptiv, kvalitativ. Fenomenologisk induktiv.	N = 20 (N = 0)	Fenomenologisk analysmetod.	Efter mastektomi upplevde kvinnor domningar och ändrad kroppsuppfattning.	KI
Chamberlain-Wilmoth, M. (2001). USA.	Att beskriva aspekter av sexualitet som var viktiga för kvinnor som genomgått bröstcancerbehandling.	Deskriptiv, kvalitativ.	N = 18 (N = 3)	Grounded theory.	Efter mastektomi upplever kvinnor sämre sexuella känslor och förlorandet av kvinnlighet.	KI

da Silva, G. & dos Santos, M. (2010). Brasilien.	Att identifiera upplevda stressorer efter bröstcancerbehandling.	Deskriptiv tvärsnittsstudie, kvalitativ.	N = 16 (N = 0)	Innehållsanalys.	Bröstcancerpatienter upplever konflikter med självbild, känner sig skyldig till det som har hänt, de oroar sig för sociala situationer.	KI
de Almeida-Araújo, I., da Silva, R., Bonfim, I., & Fernandes, A. (2010). Brasilien	Hur uppfattar sjuksköterskor kommunikationsprocessen med mastektomipatienter?	Kvalitativ.	N = 8 (N = 0)	Grounded Theory.	Sjuksköterskor är en stor del i det sociala stödet för mastektomipatienter under tiden de ska anpassa sig till den nya identiteten.	KI
Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H. & Hölzel, D. (2004). Tyskland.	Att jämföra livskvalitet på lång sikt mellan patienter som genomgått BCT respektive mastektomi.	Kvantitativ prospektiv kohortstudie.	N = 990 (N = 515)	SPSS, Chi-2 test.	Kvinnor som genomgått mastektomi upplever sämre kroppsuppfattning och sämre sexuell funktion än kvinnor som genomgått BCT.	CII
Hill, O. & White, K. (2008). Australien.	Att beskriva kvinnors upplevelse av TRAM-flap rekonstruktion efter mastektomi.	Explorativ, beskrivande, kvalitativ.	N = 10 (N = 0)	Tematisk analys.	Att förlora ett bröst spelar roll, anpassning till en kroppsuppfattning, återskapande av normalitet.	KI

Karabulut, N. & Erci, B. (2009). Turkiet.	Att undersöka påverkan av behandling och behov av stöd för främjande av kvinnlighet och kroppsuppfattning hos kvinnor som genomgått mastektomi.	Deskriptiv, kvantitativ.	N = 123 (N = 0)	Faktoranalys.	Efter mastektomi upplever kvinnor sämre sexlust och känner låg tillfredsställelse med sexlivet.	PI
Larsson, J., Sandelin, K. & Forsberg, C. (2010). Sverige.	Att bedöma kvinnors hälsorelaterade livskvalitet före, 2 veckor efter och 6 månader efter operation av bröstcancer.	Deskriptiv, prospektiv, kvantitativ.	N = 85 (N = 21)	SPSS.	Bröstcancer patienters HRQL ökar med tiden efter operationen, men efter 6 mån har den inte kommit upp till samma nivå som resterade befolkning.	PII
Parker, P., Youssef, A., Walker, S., Basen-Engquist, K., Cohen, L., Gritz, Wei, Q. & Robb, G. (2007). USA.	Att prospektivt undersöka de kortsiktiga och långsiktiga effekterna av mastektomi med eller utan rekonstruktion och BCT när det gäller psykosocial anpassning och QOL.	Prospektiv, kvantitativ.	N = 258 (N = 80)	Beskrivande statistik. SAS.	Tillfredsställelse av bröstet och livskvalitet var bättre för kvinnor som gjort BCT än för kvinnor som genomgått mastektomi	PII
Piot-Ziegler, C., Sassi, M., Raffoul, W., & Delaloye, J. (2010). Schwiez.	Att förstå konsekvenserna av dekonstruktion genom mastektomi kroppsligt och identitetsmässigt hos kvinnor med bröstcancer.	Kvalitativ reflexiv.	N=19 (N= 0)	Tematisk analysmetod	Mastektomi framkallar en smärtsam upplevelse av kroppslig dekonstruktion.	KI

Remmers, H., Holtgräwe, M., & Pinkert, C. (2009). Tyskland	Undersöka de behov och förväntningar mastektomiopererade kvinnor hade på sjuksköterskorna	Kvalitativ explorativ	N = 42 (N = 0)	Kvalitativ innehållsanalys.	Patienterna förväntade sig att sjuksköterskorna skulle stå vid deras sida under den svåra tiden och att de skulle ha tid för dem.	KI
Roberts, S., Livingston, P., White, V. & Gibbs, A. (2003). Australien.	Att utvärdera kvinnors upplevelse av att testa en bröstprotes första gången efter mastektomi.	Fokusgruppsintervjuer	N = 39 (N= 0)	Tematisk innehållsanalys.	Adekvat information och stöd och bra relation mellan patienten och bröstsköterskorna samt protesutprovar en är viktigt för patientens acceptans och tillfredsställelse med proteserna.	KI
Skrzypulec, V., Tobor, E., Droszol, A. & Nowosielski, K. (2008). Polen.	Att undersöka de biopsykosociala problemen som kan uppstå efter total mastektomi och partiell mastektomi.	Randomiserad, kontrollerad studie. Kvantitativ.	N = 494 (N = 0)	Chi-2 test.	Nivån av post-traumatisk stress påverkar nivån av depression och oro.	CII
Truelsen, M. (2003). Skottland.	Att undersöka betydelsen av rekonstruktion efter genomgången mastektomi.	Heuristisk metod, kvalitativ.	N = 8 (N = 0)	Innehållsanalys.	Mastektomi kan leda till känslan av att mista en del av identiteten. Efter rekonstruktion känner sig kvinnan hel och normal igen.	KI

Wronska, I., Stepien, R. & Kulik, T. (2003). Polen.	Att utvärdera polska kvinnors livskvalitet efter mastektomi.	Randomisera d, kontrollerad studie. Kvantitativ.	N = 111 (N = 0)	FACT scale.	De flesta psykiska symtom som kvinnor efter mastektomi upplever är oro, ledsamhet, nervositet, rädsla och depression.	CII
---	---	--	------------------------	-------------	---	-----

Bilaga 3 – Utdrag ur artikelsammanställningen

Författare, årtal, land	Huvudfynd	Underrubrik	Huvudrubrik
Chamberlain-Wilmoth, M. (2001). USA.	<p>Kirurgin uppfattades som ett angrepp på kvinnligheten.</p> <p>Det förändrade utseendet gav praktiska problem med opassande kläder.</p> <p>Kvinnorna hanterade förlusten av bröstet genom yttre ansträngningar.</p> <p>Domningar och minskad känsl fick sexuella effekter.</p> <p>Stöd från andra visade sig ha stor betydelse för hur väl kvinnorna anpassade sig.</p> <p>Kvinnorna tyckte att de fick bristfällig information från sjuksköterskorna.</p>	<p>Självbild.</p> <p>Förändrat utseende.</p> <p>Copingstrategier.</p> <p>Sexualitet.</p> <p>Behov av stöd.</p> <p>Behov av stöd.</p>	<p>Emotionella aspekter.</p> <p>Fysiska aspekter.</p> <p>Strävan mot hälsa.</p> <p>Fysiska aspekter.</p> <p>Strävan mot hälsa.</p> <p>Strävan mot hälsa.</p>
Boehmke, M. & Dickerson, S. (2005). USA.	<p>Kvinnorna upplevde domningar och stramhet i musklerna som påverkade det dagliga livet.</p> <p>Flera kände sig skeva, framförallt de storbystade kvinnorna.</p>	<p>Smärta och obehag.</p> <p>Förändrat utseende.</p>	<p>Fysiska aspekter.</p> <p>Fysiska aspekter.</p>
Truelsen, M. (2003). Skottland.	<p>Omedelbar rekonstruktion gjordes för att bibehålla normalitet och kvinnlighet.</p> <p>De kvinnor som genomgick rekonstruktion upplevde bara positiva effekter.</p>	<p>Protes och bröstrekonstruktion.</p> <p>Protes och bröstrekonstruktion.</p>	<p>Strävan mot hälsa.</p> <p>Strävan mot hälsa.</p>
da Silva, G. & dos Santos, M. (2010). Brasilien.	<p>Lymfödem och rörelsebegränsningar påverkade livet.</p> <p>Flera oroade sig för lymfödem.</p>	<p>Smärta och obehag.</p> <p>Psykisk påverkan.</p>	<p>Fysiska aspekter.</p> <p>Emotionella aspekter.</p>

<p>Piot-Ziegler, C., Sassi, M., Raffoul, W., & Delaloye, J. (2010). Schwiez.</p>	<p>Patienterna kände asymmetri och obalans.</p> <p>Patienterna kände sig främmande för sina egna kroppar.</p> <p>Patienterna upplevde en utmaning av den kvinnliga identiteten.</p> <p>Rädsla för att chockera och såra andra skapade begränsningar och kommunikationsproblem i relationer.</p>	<p>Förändrat utseende.</p> <p>Självbild.</p> <p>Självbild.</p> <p>Relationer.</p>	<p>Fysiska aspekter.</p> <p>Emotionella aspekter.</p> <p>Emotionella aspekter.</p> <p>Emotionella aspekter.</p>
--	---	---	---