



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Livskvalitet efter mastektomi

En litteraturstudie om kvinnors upplevelser och  
hur sjuksköterskor kan ge stöd

Författare: Emelie Olofsson, Johanna Pärsson

Handledare: Maria Ekelin

Kandidatuppsats

Våren 2013

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Livskvalitet efter mastektomi

## En litteraturstudie om kvinnors upplevelser och hur sjuksköterskor kan ge stöd

Författare: Emelie Olofsson, Johanna Pärsson

Handledare: Maria Ekelin

Kandidatuppsats

Våren 2013

### Abstrakt.

**Bakgrund:** Mastektomi eller partiell mastektomi är en av de vanligaste behandlingsmetoder vid bröstcancer. Till följd av denna behandling genomgår många kvinnor fysiska och psykiska förändringar. Sjuksköterskor har en viktig roll i att identifiera dessa kvinnors reaktioner för att kunna ge stöd. **Syfte:** Hur kvinnors livskvalitet påverkas efter en mastektomi eller partiell mastektomi, och hur sjuksköterskor kan ge stöd till dessa kvinnor. **Metod:** En litteraturstudie har genomförts där kvantitativa och kvalitativa artiklar har kvalitetgranskats, analyserats och sammanställts. **Resultat:** Livskvalitet påverkas negativt av smärta, oro och depressiva symtom, försämring av sexualitet, fysisk hälsa och kroppsuppfattning, samt psykosociala omställningar. Sjuksköterskan kan ge stöd i kvinnans förändring av livskvalitet genom att ge adekvat information och anpassa omvårdnaden till den enskilda individen. **Slutsats:** Att sjuksköterskan ser till hela människan, även det emotionella, är av stor betydelse för att kvinnan lättare ska kunna hantera sin situation.

### Nyckelord

Mastektomi, livskvalitet, sjuksköterskans roll, bröstcancer och personcentrerad vård.

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	2
Perspektiv och utgångspunkter .....	2
Bröstcancer .....	3
Behandling .....	3
Konsekvenser av behandling .....	4
Psykosociala förändringar .....	5
Livskvalitet .....	6
Sjuksköterskans roll .....	7
Syfte .....	8
Metod .....	8
Urval .....	8
Datainsamling .....	8
Data analys .....	9
Sökschema .....	9
Forskningsetiska avvägningar .....	10
Resultat .....	10
Livskvalitet .....	11
Sexualitet .....	12
Smärta och fysisk hälsa .....	13
Oro och depressiva symtom .....	15
Kroppsuppfattning och psykosocial påverkan .....	16
Sjuksköterskans roll .....	17
Sjuksköterskan- en stödjande roll .....	17
Patienters förväntningar på sjuksköterskor .....	18
Diskussion .....	19
Diskussion av vald metod .....	19
Diskussion av framtaget resultat .....	20
Slutsats och kliniska implikationer .....	23
Författarnas arbetsfördelning .....	24
Referenser .....	24

# Introduktion

## Problemområde

Varje år insjuknar kvinnor världen över i bröstcancer. År 2010 hade 7917 kvinnor i Sverige diagnosen bröstcancer enligt statistik från Cancerfonden (2012). En av de vanligaste behandlingsmetoderna vid denna cancerform är kirurgiskt avlägsnande av bröstvävnad, även kallat mastektomi (Bergh et al., 2007). Förutom att kroppen fysiskt förändras efter en mastektomi kan också psykosociala problem uppstå då bröstet för många kvinnor symboliserar kvinnlighet, identitet och sexualitet. Detta kan i sin tur ha inverkan på kvinnans livskvalitet (Fallbjörk, Sallander & Rasmussen, 2012). Ofta möter sjuksköterskor i vården patienter med diagnosen bröstcancer som genomgått mastektomi och därmed kastats in i en ny livssituation. Sjuksköterskor kan ha en viktig roll i att stötta dessa kvinnor och att identifiera och förstå deras olika reaktioner och behov (Landmark, Bøhler, Lobergh & Wahl, 2008). Därför behövs en sammanställning av forskning som belyser hur kvinnors livskvalitet påverkas efter en mastektomi för att kunna identifiera hur sjuksköterskor kan ge ett optimalt stöd till dessa kvinnor.

## Bakgrund

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Denna studie utgår dels från ett patientperspektiv, dels från ett vårdarperspektiv då både patienters subjektiva upplevelser samt åtgärdsrelevant kunskap eftersökts.

Enligt Joyce Travelbees omvårdnadsteori beskrivs människans subjektiva upplevelse av hälsa vara en central del i omvårdnadssammanhang (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2006). Varje människa är unik och oersättlig och upplevelse av lidande beskrivs vara något högst personligt och definieras individuellt utifrån den fysiska, emotionella och andliga status som människan själv upplever. Omvårdnad involverar att hjälpa den sjuke att finna mening i den situation han eller hon befinner sig i. Det mellanmännsliga mötet står i fokus, där

kommunikation, empati och hopp är viktiga nyckelord (ibid). Med Travelbees omvårdnadsteori som utgångspunkt har denna litteraturstudie som avsikt att få en djupare förståelse för kvinnors subjektiva upplevelse av livskvalitet efter en mastektomi, för att som sjuksköterska kunna förbättra kvaliteten av stöd och omvårdnad i det mellanmännsliga mötet med patienten.

### *Bröstcancer*

Globalt är bröstcancer en av de mest förekommande cancerformerna bland kvinnor. Enligt Cancerfonden (2011) fick 1,3 miljoner kvinnor runt om i världen diagnosen bröstcancer år 2007 som till följd skördade 465 000 liv. Bröstcancer förekommer främst i de industrialiserade länderna men sjukdomen har även ökat markant i utvecklingsländerna (World Health Organisation, 2012). I Sverige fick 8382 kvinnor diagnosen bröstcancer år 2011 och medianålder vid insjuknande i Sverige år 2010 var drygt 60 år (Socialstyrelsen, u.å).

### *Behandling*

Det finns olika behandlingsformer mot bröstcancer, vilka innefattar kirurgi, strålbehandling, läkemedel och endokrin behandling. Kirurgi är idag den vanligaste behandlingsformen och motsvarar 90 procent av de behandlingar som utförs (Bergh et al., 2007). Kirurgi sker primärt innan annan kompletterande behandling. En medicinsk förbehandling, i form av till exempel strålbehandling, kan dock vara aktuell vid förekomst av stora tumörer eller en spridning av cancertumörer. Mastektomi och partiell mastektomi är två huvudgrupper inom bröstkirurgi. Mastektomi innebär kirurgiskt avlägsnande av hela bröstkörteln och dess omgivande hud som sträcker sig till axillen, där även bröstvårta och vårtgård inkluderas och avlägsnas. I vissa fall utryms även axillen, vilket innebär att man tar bort de lymfkörtlar som finns i armhålan. Tumörens läge, tidigare operationsärr samt behov av hud för att täcka bröstkorgen är av betydelse för var snittet läggs (ibid).

Partiell mastektomi innebär att endast den del av bröstkörteln där tumören sitter, samt närliggande frisk vävnad avlägsnas (Bergh et al., 2007). Denna typ av kirurgi kallas även bröstbevarande kirurgi och genomförs vid förekomst av tumör som är mindre än 3-4 cm och om gott kosmetiskt resultat förväntas. Vid partiell mastektomi krävs det att patienten är villig att genomgå strålbehandling mot bröstet postoperativt samt att ett passande förhållande

storleksmässigt mellan tumör och bröst förekommer (Jönsson, 2004). Kontraindikationer mot partiell mastektomi är flera tumörer i bröstet, diffus och spridd cancer, tumörer som ligger centralt i små bröst, tidigare strålbehandling mot bröstkorgen samt tidig graviditet. En total mastektomi är ett förstahandsval i dessa situationer, och likaså vid ett lokalt återfall, inflammatorisk cancer samt om syftet med kirurgin är profylaktiskt (Bergh et al., 2007).

För att motverka återfall av sjukdomen kompletteras kirurgiska ingrepp ofta med en adjuvant behandling, vilket innebär strålbehandling, cytostatikabehandling eller endokrin behandling (Jönsson, 2004). Avsikten med strålbehandling är att de lymfkörtelstationer eller delar som har mest benägenhet att drabbas av recidiv cancer, ska bestrålas för att minska risken för återfall (Fornander, 2004). Genom ytterligare tillägg av cytostatikabehandling uppnås en bättre effekt med färre återfall och en förbättrad överlevnad. En endokrin behandling kan bli aktuell neoadjuvant, för att minska primärtumören och därmed möjliggöra en partiell mastektomi istället för en total mastektomi.

Efter genomförd mastektomi kan kvinnor beroende på ålder, tumörstadium och lokalisation av tumör erbjudas omedelbar eller sen rekonstruktion av bröstet. För att skapa ett nytt bröst används vävnad från patienten och en protes, eller endast ett av dessa alternativ. En rekonstruktion undviks till exempel om kvinnan tidigare har genomgått eller kommer att genomgå strålbehandling, då strålningen gör att protesen kan dra ihop sig vilket medför ett sämre kosmetiskt resultat. I detta fall kan en sen rekonstruktion istället bli aktuell där patientens egen vävnad föredras (Bergh et al., 2007). I en intervjustudie gjord av Fallbjörk et al. (2012) påvisas att önskan om att få en bröstrekonstruktion är väldigt individuell. En del kvinnor anser det vara en nödvändighet för att bli hel som människa, medan andra inte finner någon anledning till denna typ av kirurgi.

### *Konsekvenser av behandling*

Biverkningar kan förekomma efter samtliga behandlingar. Tidiga komplikationer efter ett kirurgiskt ingrepp i form av mastektomi under narkos är hematom, infektion i operationssåret eller serom, det vill säga en vätskeansamling som vanligtvis lägger sig i axillen (Jönsson, 2004). Burckhardt och Jones (2005) visar i en studie att större delen av kvinnor upplever smärta efter en mastektomi. Smärtan uppkommer vanligtvis direkt efter operationen för att sedan förekomma sporadiskt.

Strålbehandling kan medföra komplikationer och risker vilket innebär att var enskild patient noga bör övervägas innan beslut. Vid kurativ behandling tolereras fler kortsiktiga biverkningar så länge de långsiktiga inte utgör ett alltför stort problem för patienten. Vid palliativ strålbehandling får de omdelbara biverkningarna inte upplevas som mer smärtsamma än de symtom som redan behandlas (ibid). Kortsikta biverkningar som vanligtvis förekommer är enligt Bergh et al. (2007) hudreaktioner i form av rodnad och ömhet. Långsiktiga komplikationer är ökad risk för att drabbas av hjärtinfarkt och lungcancer, då strålbehandlingen orsakar kärlskador som på lång sikt ger upphov till kärlförträngningar. Därför bör strålbehandlingen i största möjliga mån avgränsas från de områden som inte är skadade (Bergh et al., 2007).

Även cytostatikabehandling kan ha många biverkningar, varav de flesta uppkommer akut hos patienten. Håravfall och illamående är de vanligaste biverkningarna. Påverkan på benmärgsfunktionen är också vanligt, vilket leder till en försämring av immunförsvaret och av blodets förmåga att koagulera och att transportera syre. Det är även vanligt att menstruationen hos kvinnor försvinner som en biverkan. Hos kvinnor över 45 år försvinner den med största sannolikhet. Unga kvinnor får därför möjlighet att spara och frysa ner ägg inför framtiden (Bergh et al., 2007). Enligt Begovic, Chmielewski, Iwuagwu och Chapman (2012) visas fler depressiva symtom, lägre livskvalitet, mindre tillfredsställelse av den egna kroppen samt lägre känsla av kvinnlighet hos kvinnor som genomgår cytostatikabehandling än de som inte gör det.

En endokrin behandling kan hos yngre kvinnor ge klimakteriesymtom i form av svettningar och blodvallningar. Dessa symtom lindras dock över tid. Andra ofta förekommande biverkningar vid denna typ av behandling hos kvinnor i alla åldrar är torra och sköra slemhinnor i underlivet samt psykiska symtom relaterat till sexualiteten (Rutqvist, 2004).

### *Psykosociala förändringar*

Ett cancerbesked medför mycket information för patient och anhöriga att bearbeta berörande diagnos, prognos och behandling. En interaktion mellan patient, anhörig och vårdpersonal är därmed av stor vikt för att optimal informationsmängd skall kunna tillgodoses under behandlingstiden (Brandberg, 2004). I samband med en cancerdiagnos kan mycket oro

väckas hos den drabbade. Detta kan innefatta att förändras mentalt relaterat till hjärnmetastaser, att bli fysiskt handikappad på grund av skelettmetastaser, att tappa den sexuella lusten till följd av läkemedelsbiverkningar eller allmän oroskänsla. Vanligt förekommande farhågor hos bröstcancerdrabbade kvinnor under sjukdomsförloppet kan vara rädslan av att aldrig bli sig själv igen, att tappa sin livsroll som exempelvis mamma eller i arbetet, eller att sexualiteten skall förändras i takt med att kroppen förändras (ibid).

### *Livskvalitet*

Livskvalitet är en subjektiv upplevelse som kan förknippas med fysiskt och psykiskt välbefinnande. World Health Organisation (1997) definierar quality of life, livskvalitet, som:

*“Individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment”*(World Health Organisation, 1997, s.1).

Hur kvinnors livskvalitet påverkas efter en mastektomi är högst individuellt. Vissa kvinnor anser att förlusten av ett bröst inte har en större inverkan på dem, medan andra kvinnor ser mastektomi som en personlig förlust av identitet, sexualitet och kvinnlighet (Fallbjörk et al. (2012). Depressiva symtom har visat sig ha ett signifikant samband med reducerad livskvalitet hos kvinnor som genomgått mastektomi (Begovic et al., 2012). Olika faktorer som påverkar uppkomsten av depressiva symtom efter operation kan innefatta svårighet att se på den egna nakna kroppen, negativ förändring av sexualitet samt brist på känslan av att känna sig attraktiv och feminin. Många kvinnor går igenom en adjuvant behandling i form av cytostatika, vilket har påvisats ha en signifikant inverkan på reducerad livskvalitet (ibid).

För att mäta självrapporterad livskvalitet relaterat till hälsa hos cancerpatienter finns olika typer av mätinstrument. En vanlig förekommande hälsoenkät är Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) questionnaire. Denna enkät som tar upp tillhörande frågor under huvudrubrikerna; fysisk funktion, smärta, generell hälsa och ohälsa, vitalitet, social funktion, emotionell och fysisk rollbegränsning samt mental och fysisk hälsa och ohälsa. Högre poäng tyder på bättre livskvalitet (Ware, u.å).



## *Sjuksköterskans roll*

Det är allmänt känt att ett cancerbesked orsakar psykologiska reaktioner. Sjuksköterskor har en viktig roll i att ge stöd och undervisning åt bröstcancerdrabbade kvinnor, och har visats ha en betydande inverkan i patientens tillfrisknande genom att ha en stödjande och omsorgsfull relation med patient och närstående (Landmark et al., 2008). Detta är något som ingår som en del i sjuksköterskans kompetensbeskrivning enligt Socialstyrelsen (2005), där det beskrivs att sjuksköterskan skall:

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

*”tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga, samt uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder”(s.11).*

Det har visat sig att det finns ett stort behov av kunskap och psykosocialt stöd för att bröstcancerdrabbade kvinnor skall kunna klara av det vardagliga livet efter en intensiv behandling. Enligt Landmark et al., (2008) känner bröstcancerdrabbade kvinnor som genomgått kirurgisk behandling ett behov av att få information beträffande sin situation givet på ett sätt som kan bidra till att förstå sin situation till fullo, utifrån olika perspektiv och kunskapsområden. En god kontakt med sjuksköterskan där patienten får adekvat information kan ha inflytande på patientens upplevelse av livskvalitet. Därför anser författarna att en sammanställning av forskning som belyser hur kvinnors livskvalitet påverkas efter en mastektomi behövs, för att sjuksköterskor skall kunna ge ett optimalt stöd i det mellanmänniska mötet med dessa kvinnor och i enlighet med Travelbees omvårdnadsteori, på bästa sätt värna om god kommunikation, ingiva hopp och visa empati (Kristoffersen, et al., 2006).

## Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka hur kvinnors livskvalitet påverkas efter en mastektomi eller partiell mastektomi, och hur sjuksköterskor kan ge stöd till dessa kvinnor.

## Metod

En litteraturstudie har genomförts. Syftet med en litteraturstudie är att beskriva kunskapsläget inom ett visst område utifrån redan befintlig forskning (Forsberg & Wengström, 2008).

Kvantitativa och kvalitativa artiklar har sökts fram enligt Willam och Stoltz (2006) litteratursökningsplan, vilket innebär att tillgängliga resurser och källor har identifierats, forkningsproblemet avgränsats och sökväg för varje söksystem skapats.

## Urval

De databaser som använts för sökning av artiklar är Pubmed och Cinahl . I Pubmed har följande MeSH-termer inkluderats som sökord: *nursing role*, *nursing care*, *breast neoplasms*, *quality of life*, *mastectomy* och *body image*. Samma sökord har använts i Cinahl. Sökningen har begränsats av inklusionskriterier och exklusionskriterier. Artiklar som inkluderats har haft som kriterium att vara publicerade tidigast år 2003. Artiklar som är skrivna på andra språk än engelska har exkluderats samt artiklar som är skrivna om medicinska åtgärder då studien utgår från en psykosocial aspekt.

## Datainsamling

Genom att kombinera sökord och använda begränsningen ”artiklar ej äldre än 10 år” framkom ett brett utbud av vetenskapliga artiklar. De artiklar som hade en rubrik anknuten till studiens syfte togs ut till ett första urval där abstrakt lästes. De mest relevanta artiklarna valdes därefter ut för sammanställning. Ett sökschema för respektive databas gjordes för att få struktur på sökningen (se tabell 1 och 2).

## Data analys

Från det första urvalet togs 17 artiklar ut för en modifierad kvalitetsgranskning enligt Willman, Stoltz och Bahtsevanis kvalitetsgranskningsmall för kvantitativa och kvalitativa studier (Willman et al, 2006). Utifrån denna mall graderades artiklarna med hjälp av en poängskala vara av låg, medel eller hög vetenskaplig kvalitet. Elva artiklar som bedömdes vara av medel eller hög vetenskaplig kvalitet valdes ut för att analyseras. De sex artiklar som uteslöts ansågs antingen vara av låg vetenskaplig kvalitet eller inte innehålla tillräcklig relevans för studiens syfte. Samtliga valda studier sammanställdes i form av en litteraturmatrix (bilaga 1) för att få en schematisk överblick. Likheter och skillnader mellan resultaten kunde därmed urskiljas och olika teman hittades vilka författarna valde att använda som underrubriker i resultatet. Slutligen sammanfattades artiklarnas resultat. De artiklar som har ingått i resultatet är i referenslistan markerade med en asterisk.

## Sökschema

Tabell 1. Sökschema från Pubmed

Sökord:	Antal träffar:	Urval 1:	Valda:
#1 Nurse´s role	2971		
#2 Nursing Care	161131		
#3 Breast Neoplasms	99568		
#4 Quality of life	131222		
#5 Mastectomy	10546		
#6 Body Image	16410		
#2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6	9	5	2
#1 AND #3 AND #4 AND #5	2	2	1
#2 AND #3 AND #4 AND #5	43	11	2
#4 AND #5 AND #6	108	15	4
#2 AND #4 AND #5	48	12	
#3 AND #4 AND #5	543		

Tabell 2. Sökschema från Cinahl

Sökord:	Antal träffar:	Urval 1:	Valda:
#1 Nurse´s role	15		
#2 Nursing Care	31889		
#3 Breast Neoplasms	23597		
#4 Quality of life	41437		
#5 Mastectomy	1825		
#6 Body image	3262		
#4 AND #5 AND #6	176		
#3 AND 4#	176		
#2 AND #3 AND #4 AND #5	8	8	1
#2 AND #3 AND #5	21	9	1

## Forskningsetiska avvägningar

Artiklar har systematiskt söks fram för att utesluta att författarnas eventuella antaganden skall styra resultatet. Ursprungligen var ett krav i studien att endast artiklar som blivit granskade av en etisk kommitté skulle inkluderas. Syftet med etiska kommittéer är att etik och moral i forskningen ska godkännas av någon annan än de närmast inblandade (Forsman, 1997). Två artiklar har dock inkluderats där det inte framgår om de godkänts av en etisk kommitté, då inget som ansågs etiskt tveksamt förekom och artiklarna bedömdes tillföra värdefull kunskap till resultatet.

## Resultat

Resultatet har delats upp i två teman; livskvalitet och sjuksköterskans roll. Därefter har livskvalitet fått följande underrubriker: *psykosocial påverkan, sexualitet, smärta, oro och depressiva symtom samt fysisk hälsa och kroppsuppfattning*. Sjuksköterskans roll har fått underrubrikerna *sjuksköterskan- en stödjande roll samt patienters förväntningar på sjuksköterskan*.

## Livskvalitet

Upplevelsen av livskvaliteten hos bröstcancerdrabbade kvinnor har visats lägre i jämförelse med genomsnittet hos friska kvinnor (Larsson, Sandelin & Forsberg 2010; Wronska, Stepien och Kulik, 2010).

I en studie av Larsson et al. (2010) framkom att livskvaliteten hos 64 kvinnor, med medelålder 58 år, som genomgått mastektomi eller partiell mastektomi i Sverige upplevde en lägre livskvalitet sex månader efter kirurgiskt ingrepp än genomsnittet hos den svenska befolkningen i samma åldersgrupp. Studien baserades på enkäter som undersökte hälsorelaterad livskvalitet och fylldes i vid tre tillfällen; innan kirurgiskt ingrepp, två veckor efter ingreppet samt sex månader efter. Livskvaliteten skattades signifikant sämre efter kirurgi vid båda tillfällen men förbättrades dock över tid (Larsson et al., 2010).

Liknade resultat framkom i en studie av Wronska et al. (2010) där man jämfört livskvaliteten hos polska kvinnor som genomgått mastektomi med livskvaliteten hos friska kvinnor. Resultatet blev att kvinnor som genomgått mastektomi värderade sin livskvalitet lägre än friska kvinnor. Studien inkluderade en experimentgrupp bestående av 61 kvinnor som genomgått mastektomi, och en kontrollgrupp som bestod av 50 friska kvinnor. Kvinnorna fick fylla i enkäter som belyste livskvalitet utifrån fyra olika variabler; fysiskt-, emotionellt-, socialt- samt funktionellt välbefinnande. Friska kvinnor värderade livskvalitet signifikant högre i samtliga variabler förutom emotionellt välbefinnande där dessa kvinnor värderade sitt emotionella välbefinnande signifikant sämre än kvinnorna som genomgått mastektomi. Frågorna inom detta område handlade om dödsångest, oro för försämrat hälsotillstånd, känsla av nervositet och nedstämdhet. Att de friska kvinnorna skattade sämre inom detta område hade dock inte inverkan på den totala poängen av livskvalitet. Emotionellt välbefinnande var emellertid den variabel som de kvinnor som genomgått mastektomi skattade som sämst i jämförelse med de andra variablerna där funktionellt välbefinnande, vilket bland annat innebar att vara tillfreds med sitt arbete och acceptering av sjukdomen, fick bäst poäng. Flera studier visar dock att den totala hälsorelaterade livskvaliteten efter en mastektomi ökar över tid (Larsson et al. (2010); Parker et al. (2007); Metcalfe et al., (2012)).

## *Sexualitet*

Flera studier har visat att förändring av sexualitet är något som har en negativ påverkan på livskvaliteten hos kvinnor som genomgått mastektomi (Wronska et al., 2010; Manganiello, Komura-Hoga, Magnoni-Reberte, Morais-Miranda & Manganiello Rocha, 2011; Parker et al., 2007; Odigie et al., 2010).

Enligt en studie gjord av Wronska et al. (2010) beskrev kvinnor som genomgått mastektomi att tillfredsställelse av sexlivet var det som bedömdes med lägst poäng inom kategorin socialt välbefinnande i mätning av livskvalitet. Likaså Parker et al. (2007) visade att sexuell tillfredsställelse försämrades en månad efter mastektomi vid alla typer av ingrepp (partiell eller total mastektomi med eller utan bröstrekonstruktion) i jämförelse med innan. Ålder var signifikant relaterat till obehag vid sexuell aktivitet. Äldre kvinnor rapporterade generellt mer obehag än yngre kvinnor.

Att variablerna sexualitet och livskvalitet hade ett högt internt samband visades även i en studie av Manganiello et al. (2011) där hundra brasilianska kvinnor som genomgått mastektomi fick fylla i två enkäter, vilka berörde livskvalitet och sexualitet. Frågor angående livskvalitet relaterades till sociala aspekter, hälsotillstånd, mental hälsa, kroppsfunction och vitalitet. Frågor rörande sexuell tillfredsställelse och funktion innehöll en skattningsskala från ett till fem, där lägre poäng gav sämre resultat på skalan. Den totala poängen sträckte sig från noll till hundra där noll klassades som ”obefintlig” och hundra klassades som ”utmärkt”. Majoriteten av kvinnorna fick ett totalt resultat på 42-60 poäng, vilket klassades som ”medelmåttig” på skalan. Bättre värdering av sexuell funktion och tillfredsställelse visades ha ett samband med bättre upplevelse av livskvalitet. En signifikant högre värdering av sexuell funktion och tillfredsställelse visades hos de kvinnor som genomgått en bröstrekonstruktion. Likaså Parker et al. (2007) visade att kvinnor som genomgått mastektomi med bröstrekonstruktion inte upplevde en fullt lika stor försämring av sexuell tillfredsställelse, en månad efter kirurgi, i jämförelse med kvinnor som inte genomgått bröstrekonstruktion.

Huruvida bröstrekonstruktion efter mastektomi hade betydelse för sexualiteten undersöktes även av Metcalfe et al. (2012). Studien inkluderade totalt 190 kvinnor som genomgått

mastektomi, som fick fylla i enkäter som berörde livskvalitet innan, samt ett år efter genomförd kirurgi. Livskvalitet i denna studie inkluderade variablerna funktionskapacitet, fysisk begränsning, smärta, hälsotillstånd, vitalitet, sociala aspekter, emotionella begränsningar samt mental hälsa. Etthundranio kvinnor hade inte fått en bröstrekonstruktion efter mastektomi, 24 kvinnor hade gjort en rekonstruktion i samband med operation och 57 hade fått en rekonstruktion vid ett senare tillfälle. Ingen signifikant skillnad upptäcktes mellan de tre grupperna innan operation. Ett år efter operation visades en större minskning i att undvika fysisk intimitet hos kvinnor som fått fördröjd bröstrekonstruktion i jämförelse med övriga grupper. Kvinnorna som fått fördröjd bröstrekonstruktion hade dock upplevt en signifikant högre nivå inom dessa områden innan operation än de övriga grupperna (Metcalf et al., 2012). Inga skillnader i frågor beträffande sexualitet påvisades i jämförelse med kvinnor som genomgått en mastektomi och kvinnor som genomgått partiell mastektomi enligt Monteiro-Grillo et al. (2005).

Odigie et al. (2010) gjorde en enkätstudie i Nigera med syfte att belysa psykosociala konsekvenser av mastektomi hos gifta kvinnor. Åttioen kvinnor fick fylla i enkäter vid tillfället för diagnos och information om behandling, och följdes därefter upp sex månader samt tre år efter genomförd mastektomi. Studien påvisade att majoriteten av kvinnorna upplevde en minskning av sexuell samlevnad inom äktenskapet sex månader efter mastektomi. Endast fem kvinnor upplevde inte någon skillnad. Tolv kvinnor uppgav dock att den sexuella samlevnaden var mer frekvent än innan. Mer än hälften av kvinnorna kände sig otillräckliga som kvinnor sex månader efter operation vilket uttrycktes i en minskning av tillgivenhet från maken, förändring av kroppsbilden, och svårighet att amma med bara ett bröst. Lite mer än en fjärdedel av kvinnorna uppgav att de kände sig likgiltiga inför sin kvinnlighet. Tre år efter operation var 50 av de 81 kvinnorna fortfarande gifta. Tjugo kvinnor hade genomgått en skilsmässa och de resterande elva levde separerade från maken (Odigie et al. 2010).

### *Smärta och fysisk hälsa*

Mastektomi har i ett flertal studier visats ge upphov till smärta i varierad grad, och ge förändring av fysisk hälsa (Remmers, Holtgräwe och Pinkert, 2010; Caffo, Amichetti, Ferro, Lucenti, Valduga och Galligioni, 2003; Metcalfe et al. 2010; Rabin et al., 2008).

Enligt en intervjustudie av Remmers et al. (2010) som inkluderade 42 kvinnor som genomgått bröstkirurgi upplevdes en traumatisk smärta direkt efter genomförd operation och kvinnorna upplevde en begränsning av mobilitet på grund av bandage och dränage. De beskrev domningar i arm och sårområde, och smärta då bandaget skulle bytas. Kvinnorna upplevde dock att smärta var ett mindre problem i lidandet över lag (ibid).

Caffo et al. (2003) undersökte smärtans inverkan på livskvalitet hos 568 kvinnor, varav 350 hade genomgått partiell mastektomi, 145 total mastektomi och 75 mastektomi med bröstrekonstruktion. De kvinnor som upplevde smärta hade en signifikant sämre skattad livskvalitet än de som inte upplevde någon smärta. Smärta beskrevs vara mer vanligt hos de kvinnor som genomgått partiell mastektomi än de kvinnor som genomgått total mastektomi med eller utan bröstrekonstruktion. Skillnaden uppnådde dock inte statistisk signifikans. De kvinnor som även genomgått axillaurymning (n=529) upplevde en signifikant större smärta än de som inte hade genomgått denna typ av kirurgi. Kvinnor som genomgått axillaurymning beskrev förekomst av smärta främst i armhåla och i operationsärr. Smärta i armen var signifikant vanligare hos kvinnor som genomgått en bröstrekonstruktion. Studien baserades på två enkäter som kvinnorna fyllde i; en angående smärta och en som berörde livskvalitet. Livskvalitet i denna studie berörde fysiskt välbefinnande, fysisk anatomi, samliv och psykologiskt välbefinnande. Majoriteten (70 procent) av alla kvinnor med smärta upplevde att smärtan kom i intervaller (mindre än tio minuter per tillfälle). Resterande kvinnor upplevde att smärtan var ständigt ihållande. De kvinnor som hade ständig smärta hade en signifikant sämre skattning inom de psykologiska och fysiska kategorierna av livskvalitet i jämförelse med de som hade intervallsmärta. De flesta kvinnor upplevde att smärtdebuten uppstod inom tre månader efter kirurgi. Det framkom att de kvinnor som genomgått partiell mastektomi upplevde smärta signifikant tidigare än de som genomgått mastektomi med bröstrekonstruktion. Ingen skillnad i smärtupplevelse påvisades hos kvinnor som fått adjuvantbehandling i form av cytostatika i jämförelse med de som endast genomgått kirurgi. Ett signifikant samband visades dock mellan ålder och smärta. Yngre patienter upplevde mer smärta i jämförelse med äldre (Caffo et al., 2003).

Metcalfe et al.(2010) påvisade i sin studie att kvinnor som enbart genomgått mastektomi uppgav en signifikant sämre skattning i frågor rörande livskvalitet som inkluderade hälsa och kroppsfunction, än kvinnor som fått bröstrekonstruktion i samband med mastektomi eller vid



ett senare skede. Resultatet påvisades ett år efter operationstillfället. Dock värderade alla tre grupper livskvaliteten totalt sett högre ett år efter kirurgi än innan operationen. En sämre värdering av livskvalitet inom den fysiska variabeln (smärtproblematik, trötthet, förmåga att arbeta, sömn och mobilitet) visades även av Rabin et al. (2008) hos kvinnor som genomgått mastektomi än kvinnor som endast fått cytostatikabehandling. Dock fanns inget signifikant samband mellan livskvalitet och cytostatikabehandling.

### *Oro och depressiva symtom*

Studier har visat att en ökning av oro, depression och ångest hos kvinnor som genomgått en mastektomi har ett samband med reducerad livskvalitet (Wronska et al.2010; Remmers et al., 2010; Rabin, Heldt, Hirakata & Fleck, 2010). Oro för att andra familjemedlemmar skulle drabbas av cancer, oro över att den egna stressen skulle påverka sjukdomen och oro för konsekvenserna av att förlora känslan av kvinnlighet var tre huvudproblem som Wronska et al. (2010) fann hos kvinnor som genomgått en mastektomi.

Att känna oro över sina familjemedlemmar påvisades även i en intervjustudie gjord av Remmers et al. (2010). Fyrtiotvå bröstcancerdrabade kvinnor ingick i studien, varav 17 hade genomgått mastektomi. Intervjuerna behandlade bland annat frågor angående bördor relaterade till bröstoperation. Kvinnor uttryckte en rädsla i att bli en börda för sin familj. Vissa kvinnor uppgav att de var mer oroade för sin familj än för sig själva. Speciellt kvinnor med små barn oroade sig för huruvida de skulle kunna ta hand om dem. Vidare uttryckte kvinnorna en rädsla av att bli tvungna att konfrontera sin egen dödlighet. Trots god diagnos kände kvinnorna rädsla för att dö inom närmaste framtiden och oroade sig för den osäkra framtid som väntade dem och för att den egna kapaciteten var otillräcklig för att klara av den nya situationen. De kände en stor förtvivlan och ville bara ha sitt gamla liv tillbaka. Tiden mellan kirurgi och svar från histologiprovsvar om eventuell cancerspridning upplevdes särskilt krävande av kvinnorna. De kände rädsla för eventuellt behov av vidare kirurgi och framförallt för att få cytostatikabehandling. Kvinnornas oro stärktes ofta av hemska historier de tidigare fått berättat för sig från familj och vänner (Remmers et al., 2010).

I en studie av Rabin et al.(2008) påvisades att kvinnor som genomgått mastektomi med eller utan cytostatikabehandling (n=32) fick signifikant lägre värden under de psykologiska variablerna i frågor gällande livskvalitet än kvinnor som endast genomgått

cytostatikabehandling (n=41). Kvinnorna fyllde i en enkät som undersökte livskvalitet inom psykologiska, fysiska och sociala frågor samt omgivande miljö. De psykologiska frågorna berörde bland annat inlärning, självförtroende, koncentrationsförmåga, minne, religion samt positiva och negativa känslor. Kvinnorna fyllde även i en enkät som undersökte depressiva symtom. Ett signifikant samband påvisades mellan depressiva symtom och lägre skattning av livskvalitet (Rabin et al., 2008).

Parker et al. (2007) påvisade att ålder och civilstånd hade en signifikant påverkan på depressiva symtom. Giftna kvinnor beskrev färre depressiva symtom än de ogiftna, och äldre kvinnor uppgav färre depressiva symtom än yngre, en månad efter partiell eller total mastektomi. Däremot påvisades ingen skillnad i depressiva symtom mellan typ av kirurgi; partiell mastektomi, eller total mastektomi med eller utan bröstrekonstruktion. En sänkning av depressiva symtom påvisades 12 månader efter operation jämfört med sex månader efter operation. Olika typer av bröstkirurgi visades ge skillnad i förändring av oro över tid i en studie av Metcalfe et al. (2012). Kvinnor som endast genomgått mastektomi visade en signifikant större sänkning av bekymmer relaterad till cancer ett år efter mastektomi än kvinnor som fått bröstrekonstruktion i samband med mastektomi, eller vid ett senare skede. Dessa kvinnor hade dock en högre upplevelse av bekymmer relaterat till cancer innan genomförd mastektomi jämfört med de andra två grupperna.

### *Kroppsuppfattning och psykosocial påverkan*

Att förlora ett bröst eller en del av det kan innebära en förändring av kroppsuppfattning som till följd kan ge upphov till en psykosocial påverkan hos den berörda kvinnan (Remmers et al. 2010; Parker et al. 2007; Monteiro-Grillo, Marques-Vidal & Jorge, 2005; Metcalfe et al. 2012).

I en studie av Remmers et al. (2010) där 100 tyska kvinnor som genomgått partiell eller total mastektomi intervjuades, framkom att tankar om självbild, kvinnlighet och attraktion färgades av känslan av osäkerhet och sorg. Att tvingas till konfrontation av den nya kroppen kunde upplevas som skrämmande. Det första bandagebytet efter kirurgi beskrevs som en stor börda för kvinnan (Remmers et al. (2010). Parker et al. (2007) visade att den generella kroppsbilden upplevdes sämre en månad efter bröstkirurgi i jämförelse med innan operation, oberoende på vilken typ av kirurgi som kvinnan genomgått. Värdering av kroppsbild förändrades inte med

statistisk signifikans över en 2-årsperiod hos någon av grupperna. Giftna kvinnor rapporterade dock en signifikant bättre kroppsbild än ogiftna kvinnor. Även ålder hade ett signifikant positivt samband med tillfredsställelse av den egna kroppen, där högre ålder associerades med högre tillfredsställelse.

Psykosociala skillnader visades av Monteiro-Grillo et al. (2005) mellan kvinnor som genomgått en total mastektomi (n=64) och de som genomgått partiell mastektomi (n=61). Studien jämförde livskvaliteten hos dessa två grupper, genom att kvinnorna fick fylla i en enkät beträffande frågor om kroppsuppfattning, sociala vanor, sexualitet samt förhållande till familj och vänner. Hos de kvinnor som genomgått en total mastektomi visades en signifikant skillnad i att mer frekvent vilja dölja sjukdomen för sina vänner. Dessa kvinnor hade även en signifikant större förändring av kroppsbild och sociala vanor än de som genomgått partiell mastektomi. Detta uttryckte sig till exempel i rädsla att se sig själv i spegeln, undvika att gå till stranden och att använda sig av urringade kläder. Dock påvisades ingen skillnad i att vilja dölja sjukdomen för familjemedlemmar eller partners hos de båda grupperna (Monteiro-Grillo et al., 2005). Att känna behov av att dölja sin kropp var något som enligt Metcalfe et al. (2012) visades vara lägre ett år efter operation hos kvinnor som genomgått mastektomi och fått bröstrekonstruktion i ett senare skede, i jämförelse med kvinnor som fått bröstrekonstruktion i samband med mastektomi eller inte fått någon bröstrekonstruktion. De kvinnor som fått bröstrekonstruktion i ett senare skede kände även ett mindre missnöje över den egna kroppen än övriga grupper. De kvinnor som genomgått bröstrekonstruktion direkt efter mastektomi, eller inte alls, upplevde en ökning inom dessa områden. Inga signifikanta skillnader påvisades dock mellan grupperna i frågor beträffande psykosocial funktion.

## **Sjuksköterskans roll**

### *Sjuksköterskan- en stödjande roll*

Sjuksköterskan har visat sig ha en betydande roll i att stödja och ge assistans till kvinnor som genomgått en mastektomi (Sammarco, 2009 & Remmers et al. 2010). I en studie gjord av Sammarco (2009) påvisades att yngre kvinnor fick signifikant mer socialt stöd både från sjuksköterskor och partner än äldre kvinnor. Studien jämförde livskvalitet hos bröstcancerdiagnostiserade kvinnor över 50 år (n=129) och under 50 år (n=163) som antingen

genomgått en mastektomi, fått adjuvant behandling eller båda delarna. Mastektomi hade genomförts hos 65 procent av de yngre kvinnorna, respektive hälften av de äldre. Ett signifikant större antal av de äldre kvinnorna var änkor; 21 procent jämfört med 2 procent av de yngre kvinnorna. Ingen signifikant skillnad mellan åldrarna påvisades i den totala upplevelsen av livskvalitet som baserades på frågor kring hälsa och funktion, socioekonomi, psykologi/andlighet och familj. Att endast ha genomgått kirurgi var signifikant associerat med högre värdering av livskvalitet i jämförelse med de som fått endast adjuvant behandling eller en kombination av de båda. Socialt stöd och att vara över 50 år hade en signifikant positiv inverkan på livskvalitet (ibid).

Enligt Remmers et al. (2010) uppskattade bröstcancerdrabbade kvinnor att bli tilldelade en kontaktsjuksköterska under sjukhusvistelsen vilket gav dem en trygghet i att veta att någon tog sig tid att lyssna på dem. Kvinnorna önskade få information av kontaktsjuksköterskan om frågor gällande personlig hygien, val av speciell BH samt anpassning av bröstprotes vilket kunde upplevas som en skrämmande upplevelse. Anblicken av sårområdet och den nya kroppsbilden kunde upplevas så traumatiskt för kvinnan att hon inte kunde förmå sig att se på det. Direkt efter operation då smärta, nedsatt rörlighet, illamående och cirkulatoriska problem var förekommande uppskattades assistans av sjuksköterskan väldigt högt (ibid).

### *Patienters förväntningar på sjuksköterskan*

Remmers et al. (2010) beskrev att en främsta önskan hos kvinnor som genomgått bröstkirurgi var att behandlas med respekt som människa och individ i mötet med sjuksköterskan. I kontakten med sjuksköterskan uppskattade kvinnorna att bli bemötta med vänlighet, hänsyn och lågmäldhet. Vidare önskade patienterna få en genuin sympati från sjuksköterskan vilket gav dem en känsla av hopp. De uttalade en önskan om att sjuksköterskan skulle ha ett öga för detaljer så att stödet anpassades till den enskilda individens behov. Detta inkluderade att besitta en intuitiv känsla av hur patienten kände sig och veta vilket stöd som behövdes utan att fråga eller få det förklarat för sig. Detta kunde till exempel innebära att sjuksköterskan skulle känna av när kvinnan ville bli att vara ifred. Enligt kvinnorna i studien borde sjuksköterskan vara medveten om de psykologiska och emotionella bördorna som kunde uppstå och inte bara de fysiska. De uttryckte vikten av att känslor, rädslor och eventuella frågor togs på allvar (ibid).

Kvinnorna förväntade sig att sjuksköterskan skulle finnas vid deras sida vid svåra situationer och upplevde att små medel var tillräckligt för att få en känsla av trygghet. Några stöttande ord eller att ha en hand att hålla i kunde vara nog. Att sjuksköterskan skulle kunna distrahera kvinnorna från sjukdomen och sorgen upplevdes som viktigt, och det ansågs vara till hjälp att sjuksköterskan visade kvinnorna sin egen styrka. I intervjuerna talade de drabbade kvinnorna mindre om förväntningarna på sjuksköterskans medicinska kunskaper, vilket togs för givet, och fokus riktades istället på vikten av god tillförlitlighet och god omvårdnad. God kommunikation med sjuksköterskan var något som gav kvinnorna en förhöjd känsla av trygghet. Även en god kommunikation mellan de olika professionerna i vårdteamet, vilket kunde innebära att inte behöva svara på samma frågor från olika yrkesprofessioner, ingav känslan att de fick bästa möjliga vård (Remmers et al, 2010).

Larsson et al. (2010) undersökte i sin studie huruvida bröstcancerdrabbade kvinnor som genomgått total eller partiell mastektomi var nöjda med den behandling och omvårdnad de fick under sjukhusvistelsen. Sextiofyra kvinnor fyllde vid tre tillfällen i enkäter där resultatet påvisade att en övervägande majoritet av kvinnorna ansåg att sjuksköterskorna hade tillräckligt med tid för omvårdnad även två veckor efter ingreppet. Majoriteten ansåg även att sjuksköterskorna var noggranna och varliga vid hanterandet av till exempel avlägsnande av dränage. De flesta ansåg att de fick smärtstillande administrerad i tid under sjukhusvistelsen. Endast ett fåtal patienter gav exempel på situationer de ansett generande under sjukhusvistelsen. En kvinna ansåg det hämmande att ställa frågor när andra patienter vistats i samma rum, och en annan uppgav att hon känt sig illa till mods av att bli vårdad av en manlig sköterska (ibid).

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

En litteraturstudie valdes framför en empirisk studie för att möjliggöra en undersökning hos en större population (Forsberg & Wengström, 2008). Studiens syfte grundas utifrån dels patientens och dels sjuksköterskans perspektiv för att ge en bredare aspekt av ämnet. Både kvantitativa och kvalitativa artiklar har analyserats. I och med detta och det faktum att alla artiklar inte undersökt samma variabler utifrån samma mätinstrument blev det svårt att exakt

jämföra resultaten mellan studierna. Därför har resultatet delats upp i olika teman som var återkommande i artiklarna för att lättare möjliggöra en jämförelse och för att få en tydligare struktur.

Databaserna Pubmed och Cinahl användes för artikelsökning. Då många artiklar förekom i båda databaserna valdes flertalet ut från Pubmed där de hittades inledningsvis. Databasen PsycINFO uteslöts ur artikelsökningen då ett stort antal artiklar var äldre än studiens inklusionskriterier eller redan hade hittats i Pubmed eller Cinahl.

Endast artiklar som är skrivna från år 2003 och senare inkluderades i studien. Därmed kan relevanta artiklar som är publicerade tidigare ha exkluderats. Dock ansågs kriteriet vara av betydelse med anledning att studien skulle utgå från relativt ny forskning då den medicinska behandlingen ständigt utvecklas och kan ha haft en inverkan på resultatet.

Sökorden valdes efter hand för att specificera träffarna till syftet. Möjligtvis hade ett större utbud av sökord tillfört en större variation av artiklar då ett flertal artiklar återkom i alla tre databaserna. Ett stort utbud av relevanta artiklar framkom vid sökning vilket medförde att författarna kunde välja artiklar från olika geografiska och demografiska områden för att få en bredare aspekt av ämnet. Artiklarna som tagits fram kommer från följande kontinenter; Europa, Asien, Sydamerika, Afrika samt Nordamerika.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Liksom WHO (2012) beskriver har livskvalitet i denna studie påvisat vara ett brett och omfattande begrepp som på ett komplext sätt påverkas av den enskilda individens fysiska och psykiska tillstånd, sociala relationer och omgivningen. I enlighet med Joyce Travelbees omvårdnadsteori (Kristoffersen et al., 2006) visas det mellanmänniska mötet med sjuksköterskan vara av stor betydelse för bröstcancerdrabbade kvinnor (Remmers et. al, 2010; Larsson et al. 2010). Detta styrker även en studie gjord av de Almeida Araújo, da Silva, Bonfim och Fernandes (2010) som beskriver att sjuksköterskan spelar en fundamental roll i att delta i processen av bröstcancerdrabbade kvinnors nya identitet och hjälpa dem att finna sig till rätta i sin nya livssituation.

Travelbees omvårdnadsteori beskriver att sjuksköterskor ska använda sig själv terapeutiskt i interaktionen med patienten (Kristoffersen et al., 2006) vilket även framkom som en önskan hos kvinnor i studien av Remmers et al. (2010). I praktiken kan tänkas att brist på tid och resurser kan innebära att denna del av arbetsuppgifter prioriteras bort för att istället fokusera på den medicinska behandlingen. Detta styrks av en studie gjord av de Almeida Araújo et al.(2010) som påvisar att sjuksköterskor sällan använder kommunikation i ett terapeutiskt syfte när arbetet utförs i en stressfull miljö som utgör en risk för patienten. En sjuksköterska i studien beskrev att hon inte alltid hade tid att sitta ner och prata med patienten på grund av alla andra krav och medicinska behandlingar under arbetspasset. Vidare beskrev hon att det var svårt att komma nära patienterna då de var så många, och att även om hon försökte prioritera var det svårt. Larsson et al. (2010) påvisade dock att en övervägande majoritet av patienter som genomgått mastektomi ansåg att sjuksköterskorna hade tillräckligt med tid för omvårdnad.

Kvinnorna i studien av Remmers et al. (2010) uttryckte trots god prognos, en rädsla för att dö inom den närmsta framtiden. Detta påvisar att mastektomi, trots diagnos, innebär mer än bara det fysiska lidandet och belyser vikten av att sjuksköterskan i enlighet med Joyce Travelbees omvårdnadsteori ser till hela människan i omvårdnaden, även den emotionella och andliga smärtan, för att hjälpa henne att hantera och finna mening med sjukdom och lidande (Kristoffersen et al., 2006).

Att sjuksköterskan enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005) ska ha förmåga att undervisa och stödja patienter och tillgodose patientens fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga omvårdnadsbehov är betydande punkter, framkommer i studien av Remmers et al.(2010) och styrks även av Fallbjörk et al.(2012) och Landmark et al. (2008). Patienterna uttryckte i dessa tre studier ett stort behov av stöd från sjuksköterskan, och att empati, förståelse och adekvat information var av stor vikt. Kvinnorna i studien av Remmers et al. (2010) fokuserade främst på behovet av att få en god och personlig psykosocial omvårdnad av sjuksköterskan och uttryckte att god tillförlitlighet och kommunikation var av stor vikt. Önskan som uttrycktes om att sjuksköterskan skulle besitta en intuitiv känsla för den enskilda patienten och dess behov utan att behöva fråga anser författarna emellertid vara ett orimligt högt krav.

Att artiklarna kommer från olika länder och kontinenter har gett en bred aspekt på resultatet. Känslan av brist på kvinnlighet, identitet och sexualitet visades vara återkommande problem i samtliga studier, oavsett land, och som på liknande sätt hade inverkan på kvinnors livskvalitet. Inga större skillnader visas i denna studie utifrån påverkan på livskvalitet efter en mastektomi beroende på nationalitet eller kultur.

I likhet med Begovic et al.(2012) visar Parker et al.(2007) i sin studie att inga skillnader fanns i depressiva symtom vid olika typer av kirurgi (partiell eller total mastektomi, med eller utan bröstrekonstruktion). Dock framkom vid sammanställningen av resultatet att skillnader fanns i andra variabler relaterat till livskvalitet, beroende på behandling och eventuell adjuvant behandling. Monteiro-Grillo et al. (2005) visade skillnader mellan de som genomgått partiell eller total mastektomi ur ett psykosocialt perspektiv. De kvinnor som genomgått en total mastektomi hade en större förändring av kroppsbild och sociala vanor. Caffo et al. (2003) visade att smärta förekom mer frekvent och upplevdes tidigare hos de kvinnor som genomgått partiell mastektomi än de som genomgått total mastektomi, med eller utan bröstrekonstruktion. Även vissa skillnader fanns i livskvalitet rörande hälsa och kroppsfunktion enligt Metcalfe et al.( 2010). Kvinnor i studien som enbart genomgått mastektomi uppgav en signifikant sämre skattning i dessa frågor, ett år efter operationstillfället, än de kvinnor som fått bröstrekonstruktion. Skillnad visades även i sexuell funktion och tillfredsställelse, där de kvinnor som genomgått bröstrekonstruktion värderade denna variabel högre (Parker et al., 2007; Maganiello et al.2011).

Att endast genomgått kirurgi var signifikant associerat med högre värdering av livskvalitet i jämförelse med de som endast fått adjuvant behandling eller en kombination av de båda (Sammarco, 2009). Det uttalades en rädsla hos bröstcancerdrabbade kvinnor att behöva genomgå cytostatikabehandling efter kirurgi (Remmers et al., 2010). Cytostatika påvisades av Begovic et al. (2012) ha en negativ inverkan på livskvalitet. I motsägelse till detta visades inget signifikant samband mellan livskvalitet och cytostatikabehandling av Rabin et al (2008). En sämre värdering av livskvalitet inom den fysiska variabeln visades emellertid hos kvinnor som genomgått mastektomi än hos kvinnor som endast fått cytostatikabehandling (ibid).

I resultatet framkom vissa skillnader beroende på ålder och civilstånd. Parker et al. (2007) påvisade att ålder och civilstånd hade en signifikant påverkan på depressiva symtom då gifta kvinnor beskrev färre depressiva symtom än de ogifta, och äldre kvinnor uppgav färre



depressiva symtom än yngre en månad efter partiell eller total mastektomi. Högre ålder hade ett signifikant positivt samband med tillfredsställelse av den egna kroppen (ibid). Socialt stöd och att vara över 50 år visades av Sammarco (2009) ha en signifikant positiv inverkan på livskvalitet. Det påvisades att yngre kvinnor fick signifikant mer socialt stöd från sin partner än äldre. Ett större antal av de äldre kvinnorna var dock änkor (21 procent jämfört med 2 procent av de yngre kvinnorna), vilket kan ha betydelse för resultatet. De yngre kvinnorna fick även signifikant mer stöd från sjuksköterskor. I enlighet med Joyce Travelbees omvårdnadsteori (Kristoffersen, et al., 2006) bör sjuksköterskan se till hela människan, och omvårdnaden bör utgå från den enskilda individens upplevelse av lidande. Författarna anser att det är viktigt att ha i åtanke att lidande kan vara lika stort efter en mastektomi oberoende av ålder eller livssituation, och därför alltid ge likvärdig information och stöd.

Parker et al. (2007) rapporterade generellt mer obehag relaterat till sexuell aktivitet hos äldre kvinnor än hos yngre kvinnor. Författarna anser att sexualitet är en fråga som är viktig att belysa men tror att ämnet lätt undviks eller faller i glömska i synnerhet i kontakten med äldre patienter då det kan vara känsligt att ta upp för båda parter. Enligt en studie av Kedde, Van de Wiel, Weimar Schultz och Wilsen (2013) påvisades att sex av tio patienter som upplevde en förändring av sexualitet och känt ett behov att få information om detta ändå inte tog upp ämnet med vårdpersonal. Endast hälften av kvinnorna som hade en förändring av sexualitet hade berört ämnet under behandling och då hade initiativ främst tagits av vårdpersonal.

## **Slutsats och kliniska implikationer**

Brösten hos kvinnor är mer än bara en kroppsdel då de kan symbolisera kvinnlighet, sexualitet och moderskap. Att förlora ett bröst genom kirurgisk avlägsnande har utifrån föreliggande studie visats innebära en stor påfrestning som har inverkan på kvinnans livskvalitet. Förändring av sexualitet, smärta, oro och depressiva symtom, försämring av fysisk hälsa och kroppsuppfattning, samt psykosociala omställningar kan vara faktorer som påverkar livskvaliteten negativt. Sjuksköterskan har en viktig roll att stödja kvinnan i den nya livssituationen. Att se till hela människan, även det emotionella är av stor betydelse för att kvinnan skall känna tillförlitlighet och lättare kunna hantera sin situation.

Denna studie ger ett förtydligande av vikten av god omvårdnad ur en psykosocial aspekt för sjuksköterskor inom den kliniska verksamheten. Sjuksköterskor kan ge stöd genom att ge adekvat information och att anpassa omvårdnaden till den enskilda individen. Hon bör bemöta patienten med vänlighet och hänsyn och se till såväl de psykiska som de fysiska bördor som uppstår i samband med en mastektomi.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Ett gott samarbete har bedrivits under arbetets gång och likvärdig tid har lagts ner. Författarna av denna studie har tillsammans diskuterat och analyserat upplägget för att den slutliga rapporten skall vara av god kvalitet. Arbetet har mestadels gjorts tillsammans, dock har vissa moment delats upp, exempelvis sökning av artiklar. Vid tillfällen då författarna har varit oense om något, har det diskuterats och kompromissats för att båda parter skall vara eniga om slutprodukten.

## Referenser

de Almeida Araújo, IM., da Silva, RM., Bonfim, IM. & Fernandes, AF. (2010). Nursing communication in nursing care to mastectomized women: a grounded theory study. *Rev Lat Am Enfermagem*, 18(1),54-60.

Begovic,A.,Chmielewski,A., Iwuagwu,S. & Chapman,L.(2012). Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 30,446-460.

Bergh, J., Brandberg, Y., Ernberg, I., Frisell, J., Fürst, C., & Hall, P. (2007). *Bröstcancer*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Brandberg, Y. (2004). *Cancerbeskedet och psykologiska reaktioner*. Jönsson, I P-E. Jönsson (Red.). *Bröstcancer*. (s. 281-293) Södertälje: AstraZeneca Sverige.

\*Caffo, O., Amichetti, M., Ferro, A., Lucenti, A., Valduga, F. & Galligioni, E. (2003). Pain and quality of life after surgery for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 80, 39-48.

Cancerfonden. (2011). *Cancerfondsrapporten 2011*. Stockholm. Hämtad 20 september, 2012, från: <http://www.cancerfonden.se/Global/Dokument/Cancerfonden/Cancerfondsrapporter/Cancerfondsrapporten%202011.pdf/>

Cancerfonden. (2012). *Cancerfondsrapporten 2012*. Hämtad 3 februari, 2012, från: [http://www.cancerfonden.se/Documents/CF-rapporten%202012/cfrapport2012\\_statistik\\_ny.pdf](http://www.cancerfonden.se/Documents/CF-rapporten%202012/cfrapport2012_statistik_ny.pdf)

Cancerfonden. (2009). *Världscancerdagen den 4 februari 2009: 50-procentig ökning av cancerfall på 20 år*. Hämtad 22 januari, 2013, från [http://www.cancerfonden.se/sv/Om-Cancerfonden/Press/pressmeddelanden\\_new/?news=406407](http://www.cancerfonden.se/sv/Om-Cancerfonden/Press/pressmeddelanden_new/?news=406407)

Fallbjörk, U., Sallander, P., & Rasmussen, B.(2012). From "no big deal" to "losing oneself": different meanings of mastectomy.*Cancer Nursing TM*,35(5): 41-48.

Forsberg, C. & Wengström, Y.(2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*.(2.uppl.) Stockholm: Natur och kultur.

Fornander, T. (2004) *Strålbehandling.I P-E. Jönsson (Red.). Bröstcancer.* (s. 193-204) Södertälje: AstraZeneca Sverige.

Forsman, B. (1997). *Forskningsetik- en introduktion.* Lund: Studentlitteratur.

Jönsson, P. (2004). *Kirurgisk behandling-bröst.* IP Jönsson (Red.). *Bröstcancer* (s. 145-160). Södertälje: AstraZeneca AB

Kedde, H., Van de Wiel, HB., Weimar Schultz ,WC. & Wilsen, C. (2013). Sexual dysfunction in young women with breastcancer. *Support care cancer* 21(1), 271-80.

Kristoffersen,N.J., Nortvedt,F., & Skaug,E. (red.).(2006). *Grundläggande omvårdnad 4. (1. uppl.)* Stockholm: Liber.

Landmark, B., Bøhler, A., Loberg, K. & Wahl, A. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of nursing and health care of cronic illness*, 17(7b), 192-200.

\*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.

\*Manganiello, A., Komura –Hoga, L.A.,Magnoni- Reberte, L., Morais- Miranda, C.& Aparecida-Manganiello-Rocha, C.(2011). Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *European journal of oncology nursing*,15,167-172.

\*Metcalf, K.A., Semple, J., Quan, M-L., Vadaparampil, S.T., Holloway, C., Brown, M., Bower, B., Sun, P. & Narod, S.A. (2012). Changes in psychosocial functioning 1 year after

mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction. *Annals of surgical oncology*, 19, 233-241.

\*Monteiro-Grillo, I., Marques-Vidal, P. & Jorge, M. (2005). Psychosocial effect of mastectomy versus conservative surgery in patients with early breast cancer. *Clin Transl Oncol*, 11, 499-503.

\*Odigie, V.I., Tanaka, R., Yusufu, L.M.D., Gomna, A., Odigie, E.C., Dawotola, D.A. & Margaritoni, M. (2010). Psychosocial effects of mastectomy on married African women in northwestern Nigeria. *Psycho-oncology*, 19, 893-897.

\*Rabin, E.G., Heldt, E., Hirakata, V.N. & Fleck, M.P. (2008). Quality of life predictors in breast cancer women. *European journal of oncology nursing*, 12, 53-57.

\*Remmers, H., Holtgräwe, M. & Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European journal of oncology nursing*, 14, 11-16.

\*Parker, A., Yousef, A., Walker, S., Basen, 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(11), 2078-3089.

Rutqvist, L-E. (2004) *Endokrin behandling*. IP Jönsson (Red.). *Bröstcancer*. (s.207-222)  
Södertälje: AstraZeneca AB

\*Sammarco, A. (2009). Quality of life of breast cancer survivors- a comparative study of age cohorts. *Cancer nursing*, 32, 347-356.

Socialstyrelsen. (u.å) *Cancerstatistik*. Hämtad 1 mars, 2013, från:  
<http://192.137.163.49/sdb/can/val.aspx> - <http://192.137.163.49/sdb/can/resultat.aspx>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.

Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 20 september, 2012, från:  
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Ware, J., (u.å). *F-36 Health Survey Update* .Hämtad 2012-03-09 från <http://www.sf36.org/tools/sf36.shtml>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani,C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (1997). *WOQOL: Measuring quality of life*.  
Hämtad -15 september, 2012, från: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)

World Health Organization. (2012). *Breast cancer: prevention and control*.  
Hämtad -20 september 2012, från: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>

\*Wronska, I., Stepien, R.& Kulik, T.(2010). The quality of women´s life after mastectomy in Poland. *Health care for women international*, 24(10), 900-909.

