

# Kvinnors upplevelse efter bilateral profylaktisk mastektomi

FÖRFATTARE	Forouzan Tahmasebizadeh
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	May Bazzi
EXAMINATOR	Helena Lindgren

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svenska):	Kvinnors upplevelse efter bilateral profylaktisk mastektomi
Titel (engelska):	The patient's experiences after bilateral prophylactic mastectomy
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Om 5250 Examensarbete i omvårdnad
Kursbeteckning:	15 högskolepoäng
Arbetets omfattning:	
Författare:	Forouzan Tahmasebizadeh
Handledare:	May Bazzi
Examinator:	Helena Lindgren

---

## SAMMANFATTNING

Den vanligaste formen av cancer hos kvinnor är bröstcancer och varje år insjuknar 7000 kvinnor i bröstcancer i Sverige. Bröstcancerbehandling är olika och innefattar exempelvis kirurgi, strålbehandling och mastektomi. Faktorer som ökar risken för bröstcancer är kön, ålder, ärftlighet, övervikt, tidigare sjukdomshistoria, sent klimakterium, tidig menstruation. Vid ärftlighet och ökad risk för att drabbas av bröstcancer kan mastektomi göras i profylaktiskt syfte. Mastektomi är en behandling där hela bröstet opereras bort, ibland båda bröstet. Mastektomi kan leda till lidande för patienten på grund av kroppsförändring. **Syftet** med denna studie var att beskriva patientens upplevelse efter bilateral profylaktisk mastektomi. **Metod** för denna studie är litteraturoversikt. Det innebär att med hjälp av forskning inom ett visst område få en uppfattning om vilka teoretiska, metoder och område använts. Artiklarna till denna litteraturstudie hittades i databaserna PubMed och Cinahl. **Resultat** indelas i fyra kategorier: **1. Kroppsuppfattning kvinnlighet och sexualitet. 2. Livskvalitet. 3. Familjerelation. 4. Behov av stöd.** Mastektomi kan påverka kvinnors livskvalitet och deras livsvärde. Konsekvenser efter mastektomi är problem med sexualitet, kommunikation, depression och sämre livskvalitet. Sjuksköterskans kunskap och information om sjukdomsbehandling kan ge bättre stöd och kontroll i patientens liv.

**Slutsats:** Kunskap om kvinnors upplevelse och problem efter mastektomi kan hjälpa sjuksköterkan för en bättre förståelse och omvårdnad. Det är viktigt att sjuksköterkan ge bra och tillräcklig information till både patient och närstående vilken patienten känner sig trygg och tillit.

**Nyckelord:** *Mastectomy, quality of life, body image, prophylactic.*

<b>INNEHÅLL</b>	<b>Sid</b>
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Bröstcancer</b>	<b>1</b>
<i>Bilateral profylaktisk mastektomi</i>	<b>3</b>
<b>Att drabbas av bröstcancer</b>	<b>4</b>
<i>Kvinnors upplevelser</i>	<b>4</b>
<i>Sjuksköterskans roll</i>	<b>4</b>
<i>Mötet mellan sjuksköterska och patient</i>	<b>5</b>
<b>Vårdvetenskapligt perspektiv</b>	<b>5</b>
<i>Kommunikation och den levande kroppen</i>	<b>5</b>
<i>Människans kropp och kontakt med världen</i>	<b>5</b>
<i>Problemformulering</i>	<b>6</b>
<b>SYFTE</b>	<b>6</b>
<b>METOD</b>	<b>6</b>
<i>Informationssökning</i>	<b>6</b>
<i>Dataanalys</i>	<b>7</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>9</b>
<i>Kroppsuppfattning, kvinnlighet och sexualitet</i>	<b>9</b>
<i>Livskvalitet</i>	<b>10</b>
<i>Familjerelation</i>	<b>11</b>
<i>Psykosociala reaktioner</i>	<b>11</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>13</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>13</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>13</b>
<b>SLUTSATS</b>	<b>16</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>17</b>
<b>BILAGA</b>	

## INLEDNING

Under utbildningen har jag träffat kvinnliga cancerpatienter som har eller har haft bröstcancer samt genomgått en mastektomi. Vid mötet med bröstcancerpatienter på en onkologisk avdelning på Sahlgrenska universitetssjukhuset berättade vissa av patienterna att de inte alls var nöjda med de plastikkirurgiska ingrepp som hade gjorts efter mastektomi. De beskriver att de efter operationen inte vågade titta på sin kropp eller se sig i spegeln. Patienterna tyckte att detta var hemskt och spåren av ärrn var otäcka efter kirurgin. Patienterna fick ett erbjudande om att delta i sminkkurser efter strålbehandlingen. De fick ögonbrynstatuering, peruk och några tips för bröstplastikkirurgi. Enligt patienternas berättelse tyckte de i början att det var bra och kursen gav en bra självkänsla. De uttalade att de efter kirurgin åter pratade med läkaren om den otäcka upplevelsen och fick till svar att de istället skulle kunna gå till en privatkirurg för bättre resultat.

Jag har valt att fördjupa mig i patienternas upplevelser beträffande mastektomi och hur den påverkar vardagslivet.

## BAKGRUND

### *Bröstcancer*

Bröstcancer är en vanlig sjukdom och ett av de största hälsoproblemen hos kvinnor i världen. Upp till tio procent av den kvinnliga befolkningen drabbas någon gång under sin livstid. Fyra till sju procent av alla bröstcancerfall beror på ärftlighet (1).

Det finns ett samband mellan insjuknande och om man har en eller flera nära anhöriga som insjuknat i bröst- eller ovarialcancer, särskilt om man drabbats före 50 års ålder. Detta samband talar för att det kan röra sig om dominant ärftlighet inom familjen. En tredjedel av patienterna med förhöjd ärftlig risk är bärare av en mutation i bröstcancer-gen 1 (BRCA1) som även kan ge ovarialcancer. BRCA1 och bröstcancer-genen 2 (BRCA2) är gener som kontrollerar cellernas tillväxt och delning. Det som skiljer generna åt är att BRCA2 kan orsaka bröstcancer hos män och att det också finns tendenser till pankreascancer. Däremot förekommer inte ovarialcancer i samma utsträckning. Mutationer i generna, som är autosomt dominant (som behöver en dominant för att utveckla mutation), ökar cancer-risken med 60-80 procent. Det finns också andra gener med mutationer som orsakar symtom som medför förhöjd risk att utveckla bröstcancer. Exempel på det är Li-Fraumenis syndrom, Peutz-Jeghers syndrom och Cowdens syndrom (2).

Bröstcancer kan bero på en medfödd genetisk förändring och en ärftlig mutation. Ärftliga mutationer kallas konstitutionella vilket innebär att den genetiska förändringen kan uppstå antingen i befruktningsoögonblicket, i ägget eller i spermien (1).

En knöl i bröstet är ett av de vanligaste symtomen. Orsaken till knölar i bröstet hos kvinnor är fibroadenom (bröstet känns ojämnt). Fibroadenom är en godartad tumörform som ofta drabbar unga kvinnor (3). Mellan fem och 30 procent av alla bröstcancerfall uppkommer på grund av denna genetiska förändring (4).

I en familj med ärftlig bröstcancer är det stor risk att nära släktingar drabbas av bröstcancer vilket ökar risken för den bilaterala sjukdomen. Det är mycket viktigt att man gör en noggrann, systematisk undersökning med en läkare som har bra kunskap och praktisk erfarenhet inom området (4).

Familjehistorien påverkar olika sjukdomar. Undersökningar visar att kvinnor med bröstcancerhistorik i familjen löper större risk att utveckla sjukdomen. Kvinnor med en förstegradssläkting (mamma eller syster) som fått bröstcancer före 45 års ålder har ökad risk för utveckling av bröstcancer. Konstitutionell eller ärftlig bröstcancer innebär att den genetiska förändringen finns redan i ägget eller spermien. Tumörsuppressorgener (TSG) uttrycker genprodukternas förmåga att bromsa tillväxt och delning av cellinjer. Om en av de två cellerna är muterad och inte innehåller proteinets skyddande funktion kan även den andra friska genkopian drabbas. Genkopian innebär att kopian från den friska föräldern inte bildar felaktigt protein och att tumören inte utvecklas (4). I familjer med ärftlig bröst- och ovarialcancer finns en större risk att i medelåldern utveckla ovarialcancer än bröstcancer. Det är ovanligt att få diagnosen ovarialcancer före 35 års ålder men för säkerhet skall rekommenderas högriskkvinnorna ändå göra salpingo-ooforektomi (kirurgiskt borttagande av äggledare och äggstock) efter avslutade graviditeter eller vid 35-40 års ålder (5).

Flera studier av patienter med cancer i familjen rapporterar en ökad risk för äggstockscancer när patienten har BRCA genen. Hos kvinnor med BRCA mutationer kan bröstcancerriken minskas med bilateral profylaktisk mastektomi och ooforektomi (6).

Hög risk för bröstcancer anses vara att minst tre förstegradssläktingar i minst två generationer insjuknat i bröst- eller ovarialcancer. Vid misstanke om hög risk för bröstcancer startas en utredning för att kartlägga vilka förstegradssläktingar som har insjuknat i relevanta cancersjukdomar samt ålder vid insjuknandet. Till hjälp upprättas ett släkträd över aktuell släktgren och det görs en granskning av journalhandlingar och cancerregister. Utredningarna involverar i regel hela slakten, vilket kan vara problematiskt om t.ex. familjemedlemmarna inte vill delta i utredningarna (7).

Det finns rekommendationer på att en cancertgenetisk utredning ska göras när två personer är nära släkt och minst en av dem har insjuknat före 40 års ålder. I vissa fall, när det inte finns några nära släktingar som har insjuknat i relevanta cancersjukdomar, är rekommendationen att utredningen ska göras om patienten insjuknat före 35 års ålder. Anlagstest erbjuds också till övriga familjemedlemmar om fynd på genmutationer har kunnat konstateras. Det går dock inte alltid att påvisa någon genmutation, men det finns ett tydligt dominant ärftlighetsmönster i familjen (2).

Det går inte att utesluta att slumpen i vissa fall har gjort att två nära släktingar har insjuknat i bröstcancer, utan att det beror på autosomal dominant (man får den onormala genen från en förälder) nedärvning (2). Mutation kan också finnas inom en släkt, men slumpen har medfört att ingen i slakten tidigare drabbats. Anlagstest syftar till att testa symptomfria individer för att se om de har anlaget, samt utesluta de kvinnor med normal eller låg risk att insjukna. Om det skulle visa sig att mutation av generna saknas, görs en utredning angående ärftlighetsmönstret inom familjen (7).

Det finns tre riskgrupper med olika nivåer för åtgärder och uppföljning. Grupp ett omfattar de som via anlagstest har upptäckt mutationer på bröstcancer generna. Risken att insjukna för dessa ligger på 60-80 procent. Sedan finns den andra gruppen där

mutationsgenen inte kan påvisas men har ett dominant nedärvningsmönster. Möjligheten att ändå vara bärare av genmutation blir 50 procent och risken för att insjukna ligger på 40 procent (7). Debutåldern vid insjuknandet är här då något högre (2). Den tredje gruppen utgörs av personer som med statistisk-epidemiologiskt underlag har en livstidsrisk på mellan 20 och 40 procent att insjukna (7).

I Sverige inbjuds kvinnor över 40 års ålder till mammografi var 18:e månad och kvinnor mellan 50 och 70 år ålder inbjuds vartannat år för att reducera risken för bröstcancer. Kvinnor med ärftliga genmutationer har högre risk för bröstcancer och de har en årlig mammografiundersökning. Mammografi är en typ av screeningsundersökning som görs via röntgen. Screening innebär att befolkningen erbjuder alla friska individer inom en riskgrupp en undersökning, i hopp om att finna en sjukdom på ett tidigt stadium. Ibland blir man kallad till kompletterande undersökningar på grund av olika fynd. Ultraljudsundersökning och magnetresonanstomografi (MR) är ytterligare två screeningmetoder för bröstundersökning. MR är mycket känslig och kan upptäcka små förändringar på körtlar i armhålan (5).

Det finns två metoder av bröstcancerbehandling som kvinnor kan välja mellan: bröstbevarande kirurgi och mastektomi. Bröstbevarande kirurgi med efterföljande strålbehandling är en standardbehandling vid bröstcancer. Dessutom kan tumörkirurgi kompletteras med plastikkirurgiska metoder (2).

Flera faktorer kan visa på att en person har ett dominant arv av BRCA, t.ex. flera fall av bröstcancer eller äggstockscancer i familjen och att släktingarna har låg ålder när de drabbats av cancer. Det är viktigt att kvinnor med högre risk kontrollerar bröst och äggstockar (2).

Vid BRCA är ooforektomi (kirurgiskt borttagande av äggstockarna) viktigt för att minska risken för äggstockscancer. Denna operation minskar risken för BRCA-associerad gynekologisk cancer med 80- 96 % och risken för bröstcancer till cirka 50 %. Risken minskar ytterligare när ooforektomin genomförs före 40 års ålder och har då en skyddande effekt i minst 15 år efter operationen. För bättre effekt rekommenderas att kvinnor som är BRCA mutationsbärare genomgå profylaktisk ooforektomi efter 35 års ålder eller när barnafödandet är avslutat (6). Aktuella studier visar att hormonbehandling efter profylaktisk ooforektomi inte påverkar risken för bröstcancer hos de kvinnor som inte har någon familjehistoria av bröstcancer (5).

Under de senaste åren har lokala behandlingsalternativ för bröstcancer ändrats, vilket lett till att fler kvinnor kan behandlas effektivt med bröstbevarande kirurgi. Nyligen har randomiserade studier visat en total överlevnad för kvinnor i högriskgrupper som genomgått både operation och strålning. Dessa resultat kan leda till en ökning av antal kvinnor som remitteras för postoperativ strålning (5).

### ***Bilateral profylaktisk mastektomi***

Bilateral profylaktisk mastektomi är en förebyggande metod för kvinnor med familjehistoria av bröstcancer. Syftet med metoden är att minska risken för bröstcancer. Vid bilateral profylaktisk mastektomi eller subkutan mastektomi tas inte all bröstvävnad bort utan ungefär 3-5 % lämnas kvar inom övre och nedre hudflikar.

Således finns fortfarande risk för bröstcancerutveckling i den kvarvarande vävnaden i framtiden. Hos kvinnor med BCRA- mutationer minskar bröstcancer risken genom bilateral profylaktisk mastektomi och ooforektomi (6).

Hos de flesta kvinnor som drabbas av bröstcancer kan tumören tas bort med bröstbevarande kirurgi. Efter en mastektomi kan man återställa bröstet om patienten önskar det. Bröstrekonstruktion i samband med mastektomi är vanlig i USA men i Sverige brukar man vänta med beslut om rekonstruktion mellan 1-2 år efter operationen (8).

Mastektomi är huvudingreppet vid kirurgibehandling och används istället för bröstbevarande kirurgi. Mastektomi innebär att all bröstkörtelvävnad och vävnad upp mot axeln tas bort men att den lilla och stora bröstmuskeln lämnas kvar (9).

## **Att drabbas av bröstcancer**

### ***Kvinnors upplevelser***

Organbevarande behandling innebär att organets (bröstets) ursprungliga funktion finns bevarad (1). Denna behandling vid bröstcancer har stor betydelse och förenat intresse för alla. Orsaken är att det påverkar kroppsuppfattningen vid t.ex. mastektomi. Förlusten av bröst kan vara en traumatisk upplevelse. Bröstet är ett attribut som symboliserar kvinnlighet, moderskap och är förknippat med sexualitet (4).

### ***Sjuksköterskans roll***

Sjuksköterskan bör arbeta som en samordnare mellan andra yrkeskategorier för att göra det bästa för kvinnorna. Sjuksköterskans ansvar är att kunna planera en omvårdnadsåtgärd, ha ansvar för att patientens omvårdnad utförs och utvärdera den med de andra i personalgruppen. Sjuksköterskans yrke är att vårda människor och det innebär ansträngningar. En sjuksköterska är en professionell ledare för patienterna och skall kunna förmedla kunskaper till dem. Det är sjuksköterskans roll att stödja patienterna i deras egen kompetensutveckling (10).

Sjuksköterskan måste ha en vårdfilosofi som grund och litar inte bara på patientens provsvar utan har förmågan att lyssna och respektera individen (2). En bröstcancerpatient blir känsligare för omvärldens beteende efter diagnosen. Det är sjuksköterskans ansvar att upprätthålla en ömsesidig tillit och respekt i relationen mellan henne och patienten. Sjuksköterskans roll är att stödja patientens tillväxtprocess. Det är vanligt att en bröstcancerpatient drabbas av stress. För att kunna hjälpa patienten att hantera stress, förändring och förlustupplevelse måste sjuksköterskan förstå och se patientens situation (11).

Sjuksköterskan som vårdare ska ha en asymmetrisk (patienten är beroende av sjuksköterskans kompetens och hjälp) relation med patienten, vilket innebär att sjuksköterskan i sitt yrke och sin kunskap har en maktposition. Hur makten används och ser ut är av stor vikt. Om makt används för att dominera finns risk att det blir ett oetiskt och egenmäktigt handlande i förhållande till patienten. Vårdaren kan använda sin makt som en trygg bas för att stärka patienten. Patienten känner att han/hon har

kontroll på situationen, fastän sjuksköterskan fortfarande är i en maktposition. Det innebär att vårdaren kan använda sin makt styrande och beskyddande (12).

### ***Mötet mellan sjuksköterska och patient***

Kommunikationsprocessen bygger på ömsesidig information. För att uppnå detta är det viktigt att sjuksköterskan informerar patienten på ett bra sätt för att öka patientens hopp och förutsättningar för bättre förståelse av situationen. Sjuksköterskan måste ge realistisk och korrekt information. Informationen som ges till patienten måste ges vid rätt tidpunkt för att patienten inte ska bli rädd (10). Kommunikationstekniken är ett mycket viktigt verktyg för en sjuksköterska. Skicklighet hos sjuksköterskan är förmågan att kunna ställa frågor, lyssna aktivt, klargöra det som är oklart och uppmuntra patienten. Det är viktigt för en patient att ha tid att ställa sina frågor och sjuksköterskan ska kunna skapa en god atmosfär och få en öppen dialog genom sitt kommunikativa beteende.

*”I hennes uppgifter ingår inte bara att ta upp aktuella problem som hör ihop med själva cancersjukdomen utan också att ta upp ämnen som förebyggande och lindring av potentiella problem.” (2)*

I kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten står patientens behov och problem i centrum. Sjuksköterskan måste informera patienten steg för steg och möjliggöra för närstående att också delta i samtalen om patienten önskar det (2).

## **Vårdvetenskapligt perspektiv**

### ***Kommunikation och den levande kroppen***

Maurice Merleau-Ponty är en fransk fenomenolog som bidrog till att utvecklingen av fenomenologin i Frankrike. Merleau-Ponty grundade sin filosofi om livsvärden och den levande kroppen. Enligt Merleau-Ponty är subjektet den egna levda kroppen och vår tillgång till världen är att förändring av kroppen leder till förändring av världen (13).

Enligt Merleau-Ponty utvecklas dialogen under kommunikation. Den betyder att det finns en ömsesidig relation att jag bekräftar andra och han/hon bekräftar mig såsom jag rättas av någon annan och den andra av mig (13).

*”kommunikation kommer till stånd genom att jag låter min förståelse av den andres till världensvaro komma till uttryck i min egen till världensvaro, dvs. genom att jag övertar och kroppsligt vidareför den betydelseinriktning som finns angiven i den andres handlande.”(13)*

### ***Människans kropp och kontakt med världen***

Enligt Karin Dahlberg (12) Människans kropp är säte för våra känslor för kontakt med världen. Kroppen är mycket mer än vår fysiska gestalt vilket innebär att vårdaren som sköter en sjuk och skadad kropp måste tänka på detta större sammanhang och inte bara den skadan.



Enligt Merleau-Ponty är kroppen på ett fenomenologiskt plan ett medel med vars hjälp människan kan förhålla sig till omvärlden. Det innebär att alla människor har ett unikt förhållande till sin kropp. Han beskrev att människans kropp inte är endast säte för känslor och upplevelse, utan också för identiteten. Man kan med hjälp av kroppen uppleva sig själv och världen. ”*Kroppen ger oss ett levande förhållande till tid, och rum*”.(11)

Enligt Merleau-Ponty är kroppen ett subjekt för levande människans dynamiska väsen. Det innebär att vid kroppsliga förändringar till exempel en sjukdom eller skadad förändras människors upplevelse av sig själv till världen (13).

### ***Problemformulering***

Bröstcancer är ett stort folkhälsoproblem bland kvinnor. Det är en vanlig sjukdom och uppemot tio procent av den kvinnliga befolkningen förväntas bli drabbade någon gång under sin livstid. Ibland tas ena, alternativt båda, bröstet bort efter bröstcancerdiagnosen. Båda bröstet kan också avlägsnas kirurgiskt i profylaktiskt (förebyggande) syfte, innan cancersjukdomen har visat sig. Kirurgiskt borttagande av bröstet kallas för mastektomi, vilket ofta utgör en dålig upplevelse för patienten. Patienten kan uppleva en negativ känsla efter operationen. Det är svårt att anpassa sig till en ny kropp och det är sjuksköterskans roll att med sina kunskaper hjälpa patienten att hantera situationen på bästa möjliga sätt och ge stöd. Det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap om patientens upplevelse efter bilateral profylaktisk mastektomi för att kunna bemöta patienten på bästa möjliga sätt.

## **SYFTE**

Syftet med denna litteraturöversikt är att belysa kvinnors upplevelser efter bilateral profylaktisk mastektomi.

## **METOD**

### ***Informationssökning***

Metoden för kandidatuppsatsen är litteraturöversikt. Den består av åtta artiklar, tre kvantitativa och fem kvalitativa artiklar.

Enligt Östlundh (14) finns två faser för litteratursökning: inledande litteratursökning och egentlig litteratursökning. Den inledande litteratursökningen innebär att skapa en grund för sökningen och det behöver inte vara systematisk informationssökning utan att söka mer efter material som man behöver t.ex. böcker och artiklar i sitt arbete. Litteratursökningens syfte är att skaffa en översikt över det område som ska studeras. Under en litteratursökning kan olika informationskällor användas för att uppnå förståelse för olika teknikers användning samt för att inhämta information om var källor kan hittas. Den egentliga litteratursökningen tar längre tid och mer tankekraft, vilket innebär att arbeta systematiskt för att få fram den slutliga mängden litteratur på

vilken man grundar arbetet. Under den egentliga litteratursökningen måste man planera och dokumentera sitt förfarande.

Sökorden som användes i uppsatsen var Breast cancer, Mastectomy och experience. Från början användes databaserna PubMed och Cinahl. I Cinahl var det svårare att hitta lämpliga artiklar, men begränsningar kunde göras såsom English, Human och Years. PubMed gav fler relevanta träffar än Cinahl och därför utfördes litteratursökningen till stor del i PubMed. De artiklar som påträffades i Cinahl fanns också bland sökträffarna i PubMed. Under den inledande sökningen kunde jag hitta artiklar som handlade om bröstcancer och patientens upplevelse. Syftet formulerades och därefter skapades nya sökord. En ny sökning gjordes med "quality of life" och "body image." Ytterligare sökord (t.ex. patient experience och prophylactic) användes för att begränsa sökningen, vilket resulterade i artiklar som bättre passade syftet.

Det var svårare att göra begränsningar som peer reviewed och research articles i databasen PubMed och antal träffar var många fler än Cinahl.

Under informationssökningen använde jag boolesk söklogik. Detta innebär att man använder de grundläggande operatörerna OR, eller väljer att kombinera som t.ex. "Body image" och nummertecken # (14). Under litteratursökningen användes engelska som språkbegränsning samt begränsningarna human, publiceringsår, peer reviewed och research articles.

Den systematiska artikelsökningen genomfördes i databasen PubMed. Sökord för informationssökningen var "mastectomy AND bilateral AND prophylactic" och "quality of life" or "body image". För varje sökning gjordes en begränsning (se litteratursökning i Tabell 1) samtidigt som samma sökord användes för att hitta bättre artiklar. Jag sökte med samma sökord även i databasen Cinahl med samma resultat. Jag valde andra sökord som breast cancer, experience och hittade många bra artiklar men eftersom det fanns ett krav på antalet artiklar valdes ett flertal bort för att endast använda dem som passade syftet bäst.

Artiklar som valdes handlar om bröstcancerpatientens upplevelse sökning gjordes inte bara efter patientens upplevelse utan även kroppsuppfattning, livskvalitet och kommunikation.

Efter en årtalbegränsning var sex av artiklarna som användes skrivna mellan 2005-2011. De återstående tre artiklarna skrevs 2000, men passade studiens syfte och de lyfte fram bra och viktig information, varför även de fick ingå i arbetet. Alla artiklar var på engelska och med begränsningen att det skulle röra sig om studier på människor. Fyra av de valda artiklarna genomfördes i Sverige och passade bättre för problemområdet i Sverige. Av de andra artiklarna var två från England och två från USA. Trots att de hade olika vårdkultur uppstod det inga problem med att dra slutsatser om patienters upplevelse efter mastektomi.

Böcker som användes under uppsatsen söktes på Göteborgs universitetsbibliotek.

## *Dataanalys*

Vid den inledande litteratursökningen lästes artiklarnas rubriker för att kunna urskilja de artiklar som passade syftet. Artiklarna lästes flera gånger för att få en uppfattning om dem och att granska artiklarna enligt Fribergs metod (7).

Artikelvalen gjordes enligt det formulerade syftet. En del av artiklarna som handlade om t.ex. strålbehandling efter mastektomi och hur kvinnorna får hjälp passade inte till mitt syfte och valdes därför bort. De artiklar som handlade om familjens roll och support valdes också bort eftersom de inte heller stämde överens med syftet. Artiklarna granskades enligt Fribergs checklista (7) angående förekomsten av ett tydligt problemområde, grundvalsteori och syfte.

Artiklarna lästes och sammanfattningar skrevs efter sökord, datum och antal för att sedan kunna urskiljas. Artiklarna granskades och sammanfattades av författaren varpå likheter i artiklarna markerades med olika färgpennor vilket gjorde det enklare att se ett samband. Genom att titta på likheter och skillnader i artiklarnas resultat kunde fyra kategorier identifieras. Dessa kategorier utgör resultatet.

**Tabell 1 Litteratursökning**

<b>Söknings datum</b>	<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal</b>	<b>Använda artiklars Ref.nr.</b>
2012-01-21	PubMed	Breast cancer Prophylactic mastectomy families #	60	22
2012-01-21	PubMed	Hereditary, "quality of life", Bilateral#  Prophylactic, mastectomy	25	15,18
2012-02-05	PubMed	Mastectomy "quality of life" or "body image" prophylactic	9	11,20
2012-01-21	Cinahl	"quality of life",  Prophylactic  Mastectomy  Contralateral#  English, Human	8	8
2012-01-26	Cinahl	Mastectomy# AND experience, English  Human, Years	68	19
2012-01-26	PubMed	Body image, Prophylactic, mastectomy  "after" OR "risk"	34	17

## RESULTAT

En litteraturoversikt fokuserar på att skapa en översikt av forskningsresultat och kunskaper som finns inom ett område. Med denna modell kan man använda både kvalitativa och kvantitativa artiklar (14). Syftet i denna litteraturoversikt var att undersöka patientens upplevelse efter bilateral profylaktisk mastektomi. Resultatet bygger på fem kvalitativa och tre kvantitativa artiklar. Dessa artiklar valdes och ger en djupare förståelse om kvinnors upplevelse.

Resultatet är indelat i fyra kategorier. Dessa är: 1. *Kroppsuppfattning, kvinnlighet och sexualitet* 2. *Livskvalitet*. 3. *Familjerelation*. 4. *Psykosociala reaktioner*.

### ***Kroppsuppfattning, kvinnlighet och sexualitet***

En vanlig komplikation efter operationen var sexuella problem vilket innebar problem kopplade till en känsla av kvinnlighet. Enligt Wastesons studie (15) är det inte männen som upplever problem utan kvinnorna själva. Kvinnorna känner sig inte längre som riktiga kvinnor och de känner sig inte attraktiva (16). Body Image Scale (BIS) är en tiogradig skala som är utformat för att användas för cancerpatienter. Det mäter effekterna av kirurgi på självmedvetande, fysisk och sexuell attraktivitet, kvinnlighet samt tillfredsställelse med kroppen. Bröstcancerkirurgi har störst påverkan på upplevd sexuell attraktionskraft (17).

Enligt Gahms och Lloyds studier (18,19) rapporterades att bröstet har haft stor betydelse för sexualiteten före bilateral profylaktisk mastektomi (BPM) för majoriteten av patienterna. Hälften av deltagarna förlorade helt förmågan till sexuell känsel i bröstet efter BPM vilket innebar minskad glädje av sex, förlust av bröstvårtor (som hade betydelse för sexualitet) och en negativ förändring i bröstet efter BPM. Förmåga till sexuell känsel i bröstet var helt förlorad för 25 av patienterna (45 %) och väsentligt försämrad hos ytterligare 22 patienter (18). Bröstets sexuella betydelse och sexuell njutning påverkades negativt för majoriteten och ledde till minskad tillfredsställelse efter BPM. I dessa studier visade det sig att det var större skillnad efter sex månader än ett år efter operation (17, 18).

Enligt Wastesons studie (15) ansåg de flesta av kvinnorna att de kosmetiska resultaten var positiva och den fysiska känslan i sina nya bröst var ganska tillfredsställande medan tre kvinnor tyckte att det kändes obehagligt och var inte nöjda med de kosmetiska resultaten av operationen. Två av kvinnorna beskrev att deras bröst bara var en neutral del av kroppen innan operation och saknade känslomässig eller sexuell betydelse i situationer och de hade samma känsla efter operationen.

Brandbergs studie (20) undersökte och jämförde tre tidpunkter (innan operation, sex månader efter operation och ett år efter operation) som har stor betydelse för patientens livskvalitet och kroppsuppfattning efter bilateral profylaktisk mastektomi. Brandbergs studie (20) visade att mer än 80 % av kvinnorna var sexuellt aktiva efter första behandlingen. Efter 6 månader och 1 år rapporterade 77 % av kvinnorna att de var sexuellt aktiva efter BPM. Frekvensen av sexuell aktivitet under den senaste månaden för de tre bedömningspunkterna visade inga statistiskt signifikanta skillnader över tid. Enligt denna studie fanns inga skillnader i glädje eller obehag vid någon av

beröringspunkterna för kvinnor som hade gjort profylaktisk ooforektomi tidigare och de som inte hade det.

Efter bröstcancerbehandling tvingas patienten hantera olika kroppsliga förändringar såsom sår, smärta, håravfall, trötthet, sexuell hälsa, illamående, aptitlöshet, ångest och depression. Flera studier har visat att kvinnor efter bröstcancerdiagnosen får en dålig upplevelse på grund av det saknade bröstet vilket påverkar deras sexualitet och kvinnlighet samt deras livskvalitet. Efter övertalning av läkaren att genomgå operationen mådde kvinnorna sämre och blev mer oroliga samt klagade över sitt beslut att genomgå BPM (17, 21). Många kvinnliga patienter beskriver sina känslor efter operationen som sorg. Inte bara på grund av förlusten av bröstet utan även känslan av att förlora sin kvinnlighet och identitet (20,21,22). Ett stort antal kvinnor rapporterade problem med kroppsuppfattning (17). Olika studier (19,20) visade att, i jämförelse mellan två åldersgrupper, var kvinnorna mellan 39-42 år inte nöjda med sina kroppsuppfattningsförändringar efter BPM. Det innebar att kvinnor som inte genomgick bröstrekonstruktion fick högre poäng.

Geigers studie (11) visade att kvinnor med bröstcancer i familjen hade genomgått bilateral profylaktisk mastektomi i större utsträckning. Denna studie visade också att en tredjedel av dessa kvinnor var missnöjda med sin kroppsuppfattning, sexliv och vissa drabbades av depression.

Merparten av studierna (11,15,18,19) visar en positiv inställning till operationen bland deltagarna. Kvinnorna skulle rekommendera operationen till andra som befinner sig i samma situation och ingen ångrade beslutet att genomgå BPM. Tvärtom såg de fördelar med operationen eftersom risken för bröstcancer reducerades (15,18).

### ***Livskvalitet***

Geigers studie (11) visade att minskad livskvalitet inte associeras med BPM utan med missnöje i sexlivet. Livskvalitet associerades inte med oro för bröstcancer, erfarenhet om bröstcercertankar före eller efter BPM. Enligt Brandbergs studie (20) hade en förhållandevis bra livskvalitet uppnåtts, som var oförändrad över tid.

Geiger (11) jämförde kvinnor med och utan bilateralt profylaktisk mastektomi. Hans studie visade att kvinnor som genomgick bilateralt profylaktisk mastektomi var yngre än de som inte hade genomgått ingreppet. Enligt Gahm (18) upplevde patienter smärta och obehag efter BPM. Smärtan påverkade sömnen och den dagliga aktiviteten. Enligt denna studie beskrev 36 % av deltagarna att det påverkade sömnen och 22 % beskrev att det hade betydelse för den dagliga aktiviteten. Åtta av deltagarna angav ingen negativ inverkan, nio hade smärta, fem tyckte att det var obekvämt vid rörelse, sju upplevde inga hinder vid rörelse och tre tyckte det var obekvämt med de rekonstruerade brösten (15).

Geiger beskrev i sin studie (11) att majoriteten var nöjda med beslutet av att göra BPM. I denna studie fanns det två grupper. Grupp ett bestod av 195 kvinnor som valde att göra BPM. Grupp två bestod av 62 kvinnor som hade ökad risk för bröstcancer. Över hälften var tillfreds med livskvaliteten i båda grupper. Oron för bröstcancer var samma i bägge grupperna och det fanns inga skillnader i psykologiska faktorer som självuppfattning och tillfredsställelse med utseende och sexliv. Isolering och ensamhet blev en konsekvens av operationen (19). Wasteson studie (15) visade att en kvinna kände sig ofullständig som en ” halvfärdig kaka” efter operationen.

### ***Familjerelation***

Efter BPM (bilateral prophylactic mastectomy) och IBR (immediate breast reconstruction) är familjeliv och dagliga aktiviteter oförändrade och det visar att vissa kvinnor anser att de har påverkats på ett positivt sätt efter BPM. Exempel på positiv effekt är en ökad känsla av trygghet och mindre rädsla. En kvinna beskrev att operationen underlättade en öppen kommunikation om bröstcancer i familjen medan andra kvinnor beskrev att operationen inneburit negativa förändringar i familjen. Det finns olika resultat angående hur BPM påverkar familjens relationer. Majoriteten av kvinnliga patienter beskrev ingen förändring i familjens relation efter BPM medan en del däremot beskrev att det blivit en förändring. I en intervju hade de flesta av kvinnorna döttrar och en del av dem beskrev att deras döttrar var medvetna om bröstcancerrisken. Vissa av kvinnorna hade svårt att uttrycka sina känslor relaterade till bröstcancer i sina familjer från deras egna erfarenheter av BPM (21).

Enligt Wasteson och Josephsons studie (15,22) tyckte majoriteten att familjelivet var oförändrat efter BPM. De kände sig tryggare och mindre rädda. En kvinna angav att operationen underlättade kommunikationen om bröstcancer i familjen. En annan kvinna tyckte att familjelivet förändrades negativt. Några deltagare beskrev att deras dagliga liv inte hade påverkats alls, fem deltagare i studien beskrev en negativ påverkan i relationen med maken, på grund av minskad känsel och förändrad kroppsuppfattning. Tre tyckte att relationen hade påverkats positivt då risken för bröstcancer minskades (15).

Wastesons studie (15) visade att enligt en intervju hade alla kvinnorna barn och majoriteten hade döttrar. Dessa kvinnor pratade med sina döttrar om risken för bröstcancer. En del av kvinnornas döttrar var medvetna om den ökade risken. Vissa kvinnor hade svårt att skilja känslor relaterade till bröstcancer och egna erfarenheter av BPM i familjen. Det fanns varierade åsikter om när och hur kvinnorna skulle informera sina barn om deras egen risk för bröstcancer. Majoriteten var tillfredsställda med informationen eller uttryckte ingen särskild åsikt (19).

### ***Psykosociala reaktioner***

I ett flertal studier framkom att kvinnorna upplevde psykosociala reaktioner och var i behov av stöd. Tio av femton deltagare ansåg att de hade brist på psykologiskt stöd från vårdgivare och hade behövt mer stöd. Tre av femton ansåg att kirurgen fokuserade mer på tekniska aspekter än på patienten som hel individ (22). Hur bra stödet var berodde på om stödpersonerna hade en positiv inställning till beslutet. Det är viktigt att man får stöd från primärvården men viktigast är stöd från make (19). Majoriteten av patienterna som valde BPM tyckte att de fick mer information om postoperativ smärta, känslomässiga reaktioner, tillgång till psykologiskt stöd och de kom på återbesök till den kirurgiska enheten. Deltagarna i en studie gav förslag på hur man kunde förbättra behandling och vård i framtiden. Deras förslag var mer information om postoperativt förlopp, smärta, känslomässiga reaktioner, tillgång till psykologiskt stöd och regelbundna uppföljningsbesök för rekonstruktiv kirurgi (15).

Lloyds studie (19) visade att patienterna inte litade på att screeningmetoderna kunde upptäcka cancern tidigt. Det är fortfarande oklart om profylaktisk mastektomi faktiskt minskar oron för bröstcancer hos patienterna (11). Enligt Lloyd (19) sker olika viktiga

händelser när kvinnor kan vara som mest sårbara för stress t.ex. har de som kräver ytterligare sjukhusinläggning ofta ytterligare behov av stöd.

Enligt Brandbergs studie (20) drabbas kvinnor ofta av en form av ångest som kallas HAD (Hospital Anxiety Depression) 6 månader till 1 år efter mastektomi. Studien visade dessutom att ångesten minskade efter BPM men att förekomst av depression var oförändrad. Kvinnor som genomgick BPM hade i mindre utsträckning psykiska problem än de som inte genomgick operationen. Wastesons studie (15) visade inga negativa effekter på ångest, depression och livskvalitet under det första året efter BPM, men däremot en negativ inverkan på sexualitet och kroppsuppfattning.

Geigers studie (11) är den första studien på bilateral profylaktisk mastektomi som omfattar åtgärder relaterade till den allmänna livskvaliteten med en jämförelsegrupp av kvinnor med ökad bröstcancerrisk. I denna studie jämförs kvinnor med ökad risk för bröstcancer med och utan bilateral profylaktisk mastektomi, medan livskvaliteten inte jämfördes. Studien rapporterade en minskning av psykisk ohälsa och ångest utan förändring i kroppsuppfattning eller sexuell funktion. Kvinnor som genomgått profylaktisk mastektomi på remiss hade högre psykiska poäng och kroppsuppfattningspoäng enligt BIS (Body Image Scale) än de som hade genomgått bröstcancerbedömning för cancerrisk eller mastektomi på grund av bröstcancer.

Kvinnor med cancerprevalens i familjen blev oroliga när de närmade sig åldern då deras förstagrads släktingar hade fått diagnosen eller hade dött av bröstcancer. Den kronologiska åldern gav ångest förknippad med livsrytmen, särskilt för de kvinnor som hade cancerprevalens i familjen. De kvinnor som drabbats av ärftlig bröstcancer, hade mer kunskap om risken för bröstcancer, och hade en känsla av att de snabbt närmade sig den ålder då deras närstående eller förstagrads släkting diagnostiserades eller dog i bröstcancer. Det är svårt att berätta för cancerpatienter att de behöver ett kirurgiskt ingrepp då detta ofta medför starka känslomässiga reaktioner. Första reaktionen för patientens närstående brukar vara chock och skräck när patienter berättar för dem om profylaktisk mastektomi. Patientens nära reagerar ofta negativt eftersom de också är i riskzonen för att påverkas av bröstcancer (19).

Före planerad operation kände patienterna ofta ångest och rädsla och efter operationen upplevdes smärta av varierande grad. För vissa uppstod olika komplikationer som exempelvis infektioner, vilket resulterade i att återhämtningstiden blev förlängd. Detta påverkade arbetsförmågan och därmed ekonomin. Det tog längre tid än väntat att återhämta sig efter operation (19).

Ångest och depression är en vanlig följd som förekommer hos nästan 50 % av bröstcancerpatienterna under det första året efter diagnosen. Stress är en annan upplevelse hos bröstcancerpatienterna under och efter strålbehandling (20).

Problemet som kvinnor drabbades av efter total eller partiell mastektomi var obehag som påverkade livskvaliteten. Stress är en viktig faktor som påverkar graden av depression och ångest. Detta verkar mycket viktigt i den grupp kvinnor som genomgått total mastektomi. Tillfredsställelse med livet, graden av depression och ångest hos kvinnor efter en sådan operation är beroende på omfattningen av posttraumatisk stress (en form av ångeststörning), och orsakade sämre biopsykosocial funktion (19).

# DISKUSSION

## METODDISKUSSION

Metoden som användes är en litteraturöversikt och anses vara relevant för att besvara studiens syfte. Problemområdet har tillämpning inom sjuksköterskans profession.

Ett flertal artiklar hittades vid litteratursökningen men fanns inte tillgängliga vid Göteborgs universitet utan bara gick att beställa och köpa då valdes inte dem. Detta kan ha påverkat resultatet. Analysmetoden är en systematisk metod vilken innebär att artiklarna först lästes och därefter refererades relevanta artiklar till arbetets syfte. Antalet inkluderade artiklar är åtta var av fem kvalitativa och tre kvantitativa. Svaghet och nackdel var att det saknades lämpliga kvantitativa artiklar för arbetet. Två review-artiklar inkluderades i arbetet.

Mängden artiklar anses relevant till syftet. Metoden i artiklarna var bland annat intervju och enkät vilket kan ge ett bredare perspektiv inom området. Däremot kan olika metoder vara svåra att jämföra och därmed påverka resultatet.

Vid granskning av artiklarna påträffades svårigheter i översättning från engelska till svenska. Detta ledde till egen tolkning och ordval vilket kan ha påverkat resultatet.

Åldersliknaden mellan kvinnor i olika studier var liten (39-42 år gamla) men de hade olika känslor efter bilateral profylaktisk mastektomi. Däremot var det skillnader i om kvinnorna hade barn eller inte. Jag uppfattade att kvinnor som hade barn var mindre sexuellt aktiva än de som inte hade egna barn.

Resultatet anses aktuellt och de flesta artiklarna är relativt nya och de tre äldsta är 12 år (från 2000) men överensstämmer med resultatet. Artiklarna kom från Sverige, England och USA men inga märkbara skillnader i vårdkultur framkom. Det hade varit önskvärt ha med andra artiklar från fler länder och kulturer men inga sökträffar var relevanta till syftet.

## RESULTATDISKUSSION

Syftet med denna studie var att beskriva kvinnors upplevelser efter bilateral profylaktisk mastektomi vilket innebär både en förändrad kropp och sexualiteten. Kvinnor efter BPM (bilateral profylaktisk mastektomi) upplevde en dålig känsla och uttryckte behov stöd från sin familj och vänner. Flera studier visade positivt resultat av kvinnors upplevelse av stöd och god relation till make och familjen efter BPM (15,19,22). Kvinnor försökte att anpassa sig till ett nytt liv för att efter mastektomi upplevde de en ny kropp. Författaren till uppsatsen anser att familjen utgör stort stöd för kvinnan för att hon ska känna sig trygg och bekväm.

Enligt Merleau-Ponty (12) ger en förändrad subjektiv kropp en förändrad kroppsuppfattning. Det innebär att kvinnor känner sig onormala och asymmetri efter BPM vilken innebär att kroppen inte bara är grund för upplevelse utan för identitet också (13). Majoriteten av artiklarna (15,18,19,20,22) visade att bröstet har stor betydelse för kroppsuppfattningen och påverkan på sexualiteten. Kvinnor kan efter BPM uppleva att de inte känner sig inte som en riktig kvinna vilken innebär att de inte vill delta i kvinnors grupper på grund av dålig självkänsla.



Sjuksköterskans tolkningsförmåga i mötet med patienter har en stor roll vilket betyder att det är ett moraliskt ansvar att sjuksköterskan med sin kunskap och tillräcklig tid ska sträva efter att tolka patientens bekymmer och önsknings. Detta blir möjligt genom att sjuksköterskan respekterar patienten som en unik individ och avsätter tid (10). Enligt Merleau-Ponty (12) utvecklas dialogen under kommunikation vilken betyder en ömsesidig relation.

Bröstcancer är livshotande för kvinnor som får denna diagnos vilket innebär att de ofta måste genomgå en mastektomi som i sin tur kan leda till en sorgprocess. I denna litteraturoversikt framkom att kvinnorna anser att bröstet är en viktig symbol för kvinnlighet, sexualitet och identitet och att mastektomi innebär mer än bara förlust av en kroppsdel. Kvinnors reaktioner efter en mastektomi är olika beroende på deras kroppsupplevelse och deras kunskaper om bröstcancer. Detta innebär en ny kroppsupplevelse som påverkar deras livsvärde. Den förändrade kroppen kan leda till att kvinnor isolerar sig vilken innebär att den påverkar kvinnornas relation till sin omgivning och till samhället. Detta är på grund av att de känner sig annorlunda i förhållande till friska kvinnor (18). Enligt flera studier (20,21,22) har kvinnor som förlorar bröstet en känsla som en svår kris. Detta kan möjligen minskas om kvinnor får möjlighet att diskutera om sina känslor. Det innebär att vårdpersonal har en stor roll för att ha en öppen dialog och diskussion med kvinnor.

En studie visade hur bröstcanceroperationen påverkade den sexuella betydelsen för patienten före och efter BPM. Det kan spela en stor roll vad gäller förändringar i den sexuella attraktionskraften och att kvinnornas relation till maken försämrades efter BPM. Det kan innebära att hormonbrist efter bilateral profylaktisk är orsaken till den negativa påverkan på sexualiteten. I denna studie framkom att bröstet hade stor betydelse för sexualiteten för en majoritet av patienterna innan bilateral profylaktisk mastektomi genomfördes och det visade på en förändring av känslan i bröstet hos hälften av patienterna efter BPM (15).

Kvinnorna angav olika upplevelser, allt från fasa och förtvivlan till nöje och lättnad (15,19). De flesta var positiva och hade känsel i bröstet. För andra var bekräftelsen från sexualpartnern viktig. Förväntningar på operationen hade betydelse för upplevelsen. De flesta tyckte att resultatet var bättre än förväntat (19). Enligt tidigare studier (15,17) har kvinnor som genomgått mastektomi sämre kroppsbild än friska kvinnor och de är mer missnöjda med sin kropp och sitt utseende. Det kan innebära att de har svårt med att titta på sig själv naken och känner missnöje med sitt utseende även påklädd.

I en annan studie (19) beskrev patienterna att efter sex månader var de flesta sexuellt aktiva. Enligt denna studie fanns inga skillnader av glädje och obehagskänsla mellan dem som hade genomgått operationen profylaktiskt och de som opererats sedan de redan drabbats av cancer.

BPM ses av många kvinnor som ett sätt att minska ångesten över att få cancer, samt minskar risken för cancer själv. Det är vanligt att vara orolig för att drabbas av cancer, särskilt om oron orsakas av förlust av en mor eller syster pga. bröstcancer vilket kan försämra kvinnornas livskvalitet. De vanligaste motiverande faktorerna för BPM är behovet av att vara aktiva i försöket att förebygga cancer och för att undvika en upprepning av familjens historia (17).

Enligt olika studier (19,21,22) hade kvinnor olika känslor efter bilateral profylaktisk mastektomi. Författaren tror att sexuella rollen har olika betydelse för olika ålder samt om man har barn eller inte. Kvinnor som hade barn var mindre sexuellt aktiva än de hade inte egna barn. Enligt Ponty (12) gör kroppens förändring att människan förändras i sin upplevelse av sig själv i förhållande till världen.

I studiens resultat kan kroppsförändring leda till att kvinnors syn på världen blir annorlunda och de blir främmande för sin kropp. Olika kunskaper och erfarenheter om bröstcancer leder till olika reaktion hos kvinnorna eftersom fysiska och psykiska upplevelsorna har stor koppling för kvinnans uppfattning av kroppen. Det är normalt att de kvinnor som hade bröstcancer i familjen och där deras anhöriga inte överlevt känner en rädsla för att de inte ska överleva. De kvinnorna kan känna att deras bröst är ett hot mot livet och vilja att ta bort dem. I resultatet nämndes att kvinnor har en negativ upplevelse att sin kropp inte då den inte motsvarar samhällets normer och att de hela tiden jämförde sig med friska kvinnor vilket ledde till att de kände sig otillräckliga som kvinnor.

Majoriteten tyckte att familjelivet var oförändrad efter BPM. De kände sig tryggare och mindre rädda (15,22). Enligt Ponty (12) har en ömsesidig relation stor betydelse för kvinnor som blivit drabbade av bröstcancer vilken innebär att jag bekräftar andra och andra bekräftar mig.

Familjeliv och dagliga aktiviteter var oförändrade och var positiva efter BPM. Enligt denna studie mätte kvinnorna bättre i form av mindre rädsla och ökad trygghet. I samma artikel framkom att en intervju med bröstcancerpatienter visade att de flesta kvinnor hade döttrar och att en del av döttrarna var medvetna om bröstcancerriken (19). Majoriteten ansåg att de hade brist på psykologiskt stöd från vårdgivare och hade behövt mer stöd (22). Kvinnornas upplevelse efter kroppens förändring ledde till att de isolerade sig vilket i sin tur ledde till att de upplevde sin kropp som onormal och att de inte kände sig som normala kvinnor. Patientens närståendes reaktion ofta är negativa efter profylaktisk mastektomi vilket ledde till att patienter hade svårt att uttrycka sina känslor för familjen. Enligt Ponty (12) är kroppen ett medel som människor använder för att förhålla sig till omvärlden och för sin identitet. Författaren anser att information om bröstcancer, kan underlätta för kvinnorna att tala om sin sjukdom, och även för att kunna visa sig inför andra. Det innebär att kvinnor önskar få tillbaka sin kvinnlighet, och kännas sig bekväma i kläder och i relationer. I samhället finns tyvärr inte så mycket information om bröstcancer. Det är normalt att kvinnor efter kroppens förändring känt sig lika onormala.

Kvinnornas ångest minskar efter profylaktisk mastektomi men förekomsten av depression är oförändrad. Enligt Brandberg (17) har kvinnor som genomgått BPM färre psykiska problem än de som inte genomgått ingreppet vilket leder till slutsatsen att de inte tänker på bröstcancersjukdomen så mycket. Sexualitet är ett stort problem hos kvinnor efter BPM på grund av kroppsförändring och de negativa känslor som kvinnorna upplever (19).

Det var vanligt att kvinnor med cancerprevalens i familjen var oroliga och drabbades av ångest och depression. Det är sjuksköterskans och närståendes uppgift att hjälpa patienten till bättre livskvalitet med mindre oro och ångest. Sjuksköterskans ansvar är att skapa en bra och lyckad kommunikation (12). Det är viktigt att sjuksköterskan är uppmärksam på patientens behov och önskemål och att ge patienten korrekt och bra information (2). Enligt Dahlberg (11) måste en vårdaren som sköter en sjuk och

skadad kropp tänka på detta större sammanhang, inte bara på den skadade kroppen. Jag tycker att sjuksköterskan bör ha tid och ge möjlighet till kvinnorna att uttrycka sina funderingar och känslor. Som sjuksköterska bör man ge både skriftlig och muntlig information om konsekvenser efter mastektomi till kvinnor. Sjuksköterska har en viktig roll att ge praktiska råd till kvinnor att för att återfå asymmetri genom t.ex. bröstprotes.

## **SLUTSATS**

Denna litteraturöversikt belyser patientens upplevelse och livskvalitet efter bilateral profylaktisk mastektomi. Mastektomi innebär en mängd förändringar och förlust av vissa upplevelser. Trots det ser kvinnor som genomgått BPM positivt på beslutet eftersom det minskar oro för cancer. Kvinnor upplevde förändring både fysisk i kroppen och mentalt med påverkan på livskvalitet. De upplevde att stöd från make och familj har stor roll i deras liv. Det är viktigt att sjuksköterskor har en god kunskap om patientens sjukdom för att öka patientens trygghet. Patienter ska förberedas bättre och få mer information om vad som förväntas hända under operationen och i efterförloppet samt om kroppsförändringar som kan uppkomma. Det handlar om att patienten behöver få hjälp med att prata med kurator och sjukgymnast vilket kan vara av stor betydelse för att få ökad kroppskännedom och för att lättare kunna acceptera den nya kroppen. Kvinnors sexualitet förändras efter mastektomi och det är viktigt med sjuksköterskans och anhörigas stöd. Efter mastektomi förändras patientens livskvalitet och det är viktigt att patienten har möjlighet till kontakt med andra patienter som befinner sig i samma situation för att öka hopp, trygghet och tröst. Patientens anhöriga spelar en stor roll vad gäller att ge stöd för att patienten ska kunna återhämta sig psykiskt efter en mastektomi. Sjuksköterskan har ett ansvar i att ge information och stöd till både patienter och anhöriga.

## Referenser:

1. Ringborg U, Dalianis T, Henriksson R. Onkologi. Liber Slovenien 2008.
2. Reitan. M-A, Schölberg. T-K. Onkologisk omvårdnad patient – problem – åtgärd. Falköping 2003.
3. C. Neal Ellis (ed). Inherited Cancer Syndromes: Current Clinical Management. Springer Science + Business Media. Springer, New York, Dordrecht, Heidelberg, London. LLC 2011. (GUNDA; e-bok)
4. Arver B. Ärftlig bröstcancer. I Jönsson, I Jönsson, P-E. BRÖSTCANCER. Kap 4. Astra Zeneca AB 2004
5. Bergh J, Brandberg Y, Ernberg I, Frisell J, Furst J-C, Hall P. Bröstcancer. 2007
6. Nordin P, Montgomery A. Bråck. I Kirurgi Jeppson B, Naredi P, Nordenström J och Risberg B. Studentlitteratur 2005, 2010.
7. Loman N, BRCA1 och BRCA2 har nått kliniken Universitetsjukhuset i Lund 2004.
8. Tercak KP, Peshkin BN, Brogan BM, DeMarco T, Pennane MF, Willey SC, Magnant CM, Rogers S, Isaacs C, Schwartz MD. Quality of life after contralateral prophylactic mastectomy in newly diagnosed high-risk breast cancer patients who underwent BRCA1/2 gene testing. J Clin Oncol. 2007 Jan 20; 25 (3):285-91.
9. Järhult J, Offenbartl K. Kirurgi boken, Plastikkirurgi. Ljubljana Slovenien 2008.
10. Svensk sjuksköterskeförening. Patientsäkerhet. Hämtade 2012-06-20. Tillgänglig via: [www.swenurse.se](http://www.swenurse.se)
11. Geiger AM, West CN, Nekhlyudov L, Herrinton LJ, Liu IL, Altschuler A, Rolnick SJ, Harris EL, Greene SM, Elmore JG, Emmons KM, Fletcher SW. Contentment with quality of life among breast cancer survivors with and without contralateral prophylactic mastectomy. J Clin Oncol. 2006 Mar 20; 24(9):1350-6.
12. Wiklund L. Vårdvetenskap i klinisk praxis. Natur och kultur Stockholm 2003.
13. Bengtsson J. Samman flätningar fenomenologi från Husserl till Merleau-Ponty. Göteborg 1988.
14. Österlundh L. Informationssökning. I Friberg F (red). Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006.
15. Wasteson E, Sandelin K, Brandberg Y, Wickman M, Arver B. High satisfaction rate ten years after bilateral prophylactic mastectomy - a longitudinal study. Eur J Cancer Care (Engl). 2011 Jul; 20(4):508-13.
16. Eriksson K. Vård processen. Liber Ab. Göteborg 1995.
17. opwood P, Lee A, Shenton A, Baildam A, Brain A, Lalloo F, Evans G, Howell A. Clinical follow-up after bilateral risk reducing ('prophylactic') mastectomy: mental health and body image outcomes. Psychooncology. 2000 Nov-Dec; 9(6):462-72.
18. Gahm J, Wickman M, Brandberg Y. Bilateral prophylactic mastectomy in women with inherited risk of breast cancer--prevalence of pain and discomfort, impact on sexuality, quality of life and feelings of regret two years after surgery. Breast. 2010 Dec; 19(6):462-9.

19. Lloyd SM, Watson M, Oaker G, Sacks N, Querci della Rovere U, Gui G. Understanding the experience of prophylactic bilateral mastectomy: a qualitative study of ten women. *Psychooncology*. 2000 Nov-Dec; 9(6):473-85.
20. Brandberg Y, Sandelin K, Erikson S, Jurell G, Liljegren A, Lindblom A, Lindén A, von Wachenfeldt A, Wickman M, Arver B. Psychological reactions, quality of life, and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer: a prospective 1-year follow-up study. *J Clin Oncol*. 2008 Aug 20; 26(24):3943-9.
21. Kathryn R. Brown and Lynn P. Parker. Hereditary Ovarian Cancer and Other Gynecologic Malignancies. I: C.N: Ellis (ed), *Inherited Cancer Syndromes: Current Clinical Management* New York; London: Springer, 2011. S. 181-196.
22. Josephson U, Wickman M, Sandelin K. Initial experiences of women from hereditary breast cancer families after bilateral prophylactic mastectomy: a retrospective study. *Eur J Surg Oncol*. 2000 Jun; 26(4):351-6.

## **BILAGA**

### **ARTIKELPRESENTATION**

- Ref.nr:** 9
- Titel:** **Quality of life after contralateral prophylactic mastectomy in newly diagnosed high-risk breast cancer patients who underwent BRCA1/2 gene testing.**
- Författare:** Tercyak KP, Peshkin BN, Brogan BM, DeMarco T, Pennanen MF, Willey SC, Magnant CM, Rogers S, Isaacs C, Schwartz MD.
- Tidskrift:** American Society of Clinical Oncology.
- Årtal:** 2007
- Land:** USA
- Syfte:** En jämförelse mellan kvinnor som valde bröstbevarande eller ensidig mastektomi
- Metod:** Forskarna mätte livskvalitet, cancerspecifikt och genetiskt test med hjälp av standardiserade instrument.

- 
- Ref.nr:** 12
- Titel:** **Quality of Life After Bilateral Prophylactic Mastectomy**

**Författare:** Geiger AM, Nekhyudo L, Herrinton L, Rolnick S,  
**Tidskrift:** Annals of Surgical oncology.  
**År:** 2006  
**Land:** USA  
**Syfte:** Att bedöma livskvalitet, kroppsuppfattning, sexualitet, oro över bröstcancer, depression, upplevelsen av hälsa och demografiska egenskaper.  
**Metod:** En litteraturstudie. Postade enkäter till 195 kvinnor som hade förfarandet från 1979 till 1999 och till ett slumpmässigt urval av 117 kvinnor med ökad bröstcancerrisk som inte gjorde operationen.

---

**Ref.nr:** 14  
**Titel:** **Initial experiences of women from hereditary breast cancer families after bilateral prophylactic mastectomy: a retrospective study.**  
**Författare:** Josephson U, Wickman M, Sandelin K.  
**Tidskrift:** JOURNAL OF Surgical oncology.  
**Årtal:** 2000  
**Land:** Sverige  
**Syfte:** Att bedöma patientens tillfredsställelse efter BPM och IBR.  
**Metod:** En litteraturstudie med intervju. Kvinnors upplevelse med ärftliga bröstcancer i familjer efter bilateral profylaktisk mastektomi

---

**Ref.nr:** 19  
**Titel:** **High satisfaction rate ten years after bilateral prophylactic mastectomy - a longitudinal study.**  
**Författare:** Wasteson E, Sandelin K, Brandberg Y, Wickman M, Arver B. Eur J Cancer Care (Engl).  
**Tidskrift:** European Journal of Cancer Care  
**Årtal:** 2010  
**Land:** Sverige

**Syfte:** Att utvärdera de långsiktiga fysiska och psykiska konsekvenserna av BPM.

**Metod:** En litteraturstudie, intervjuer där kvinnors upplevelser relaterade till BPM undersöktes.

**Ref.nr:** 20

**Titel:** **CLINICAL FOLLOW- UP AFTER BILATERAL RISK REDUCING (PROGHYLACTIC) MASTECTOMY: MENTAL HEALTH AND BODY IMAGE OUTCOMES.**

**Författare:** Hopwood H, Lee A, Shenton A, Bildam A, Brani A, Lalloo F, Evans G, and Howell A.

**Tidskrift:** Psycho- Oncology.

**Årtal:** 2000

**Land:** England

**Syfte:** Att presentera resultaten av postoperativ, psykisk hälsa och kropp förändring.

**Metod:** En litteraturstudie, där intervjuer med kvinnor som väljer att ha RRM (risken att minska mastektomi) i Manchester.

---

**Ref.nr:** 21

**Titel:** **Bilateral prophylactic mastectomy in women with inherited risk of breast cancer – prevalence of pain and discomfort, impact on sexuality, quality of life and feelings of regret two years after surgery**

**Författare:** Gahm J, Wickman M, Brandberg Y.

**Tidskrift:** The Breast

**Årtal:** 2010

**Land:** Sverige

**Syfte:** Att analysera förekomsten av smärta och obehag i bröstet, påverkan på sexualitet, livskvalitet och känslor av ångest efter bilateral profylaktisk mastektomi.

**Metod:** En litteraturstudie. I studien ingick 59 kvinnor som opererades mellan 2004-2006. Ett enkät skickades två år efter operationen.

**Ref.nr:** 22

**Titel:** **Understanding the experience of prophylactic bilateral mastectomy: a qualitative study of ten women.**

**Författare:** Lloyd SM, Watson M, Oaker G, Sacks N, Querci della Rovere U, Gui G. Psychooncology

**Tidskrift:** Psycho – Oncology.

**Årtal:** 2000

**Land:** England

**Syfte:** Att utforska personliga erfarenheter av kirurgiska faktorer som är förknippade med psykologisk anpassning och som påverkar familjen.

**Metod:** En litteraturstudie med intervju.

---

**Ref.nr:** 23

**Titel:** **Journal of clinical oncology. Psychological Reactions, Quality of Life, and Body Image After Bilateral Prophylactic Mastectomy in Women At High Risk for Breast Cancer: A Prospective 1-Year Follow-Up Study**

**Författare:** Brandberg Y, Sandelin K, Erikson S, Jurell G, Liljegren A, Lindblom A, Lindén A, von Wachenfeldt A, Wickman M, Arver B.

**Tidskrift:** Journal of clinical oncology.

**Årtal:** 2008

**Land:** Sverige

**Syfte:** Patienternas reaktion om livskvalitet, kroppsuppfattning innan och 6-12 månader efter bilateral profylaktisk mastektomi.

**Metod:** En studie med självadministrerade frågeformulär med total 90 av 98 av deltagarna som genomgick BPM under oktober 1977 till december 2005.