

# Förlusten av ett bröst - om kroppsbild och sexualitet efter mastektomi

Bröstcancerdrabbade kvinnors tankar och  
upplevelser samt behov av stöd och  
kommunikation med sjuksköterskan

FÖRFATTARE	Therese Elola Sofie Jansson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 15 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad
	VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margareta Sköld
EXAMINATOR	Tone Ahlborg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Förlusten av ett bröst – om kroppsbild och sexualitet efter mastektomi. Bröstcancerdrabbade kvinnors tankar och upplevelser samt behov av stöd och kommunikation med sjuksköterskan.
Titel (engelsk):	Loss of a breast – about body image and sexuality after mastectomy. Thoughts and experiences of women with breast cancer and their needs for support and communication with the nurse.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 15 högskolepoäng OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	24 sidor
Författare:	Therese Elola Sofie Jansson
Handledare:	Margareta Sköld
Examinator:	Tone Ahlberg

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Årligen insjuknar drygt 7000 kvinnor i bröstcancer i Sverige. Den främsta behandlingen är kirurgi, där mastektomi är en av metoderna. Vid mastektomi tas all bröstkörtelvävnad och vävnad i riktning mot axillen samt mamill och aerola bort. Förutom tankar kring behandling och cancerdiagnos är detta ett ingrepp som även påverkar upplevelsen av kropp och sexualitet oavsett om kvinnan är sexuellt aktiv eller inte. Sjuksköterskan bör ha förståelse för vilken betydelse sexualiteten har för patientens välbefinnande. Alla bilder, fantasier och uppfattningar en individ har om sitt utseende och sina fysiska kroppsfunktioner benämns kroppsbild. Brösten är starkt kopplat till den kvinnliga kroppsbilden och symboliserar sexualitet, kvinnlighet och moderlighet, därmed är förlusten av ett bröst starkt sammankopplat till att kroppsbilden förändras. För att kunna utöva god vård krävs det att kommunikationen mellan sjuksköterska och patient är väl fungerande. Genom att patienten får berätta om sina upplevelser fås en ökad förståelse. Sjuksköterskan bör finnas där för att stödja, lyssna och vid behov svara på frågor. **Syfte:** Syftet är att belysa bröstcancerdrabbade kvinnors upplevelse av och tankar kring påverkan på kroppsbild och sexualitet efter mastektomi samt behov av stöd från och kommunikation med sjuksköterskan. **Metod:** Denna litteraturöversikt baserades på 11 vetenskapliga artiklar, både kvalitativa och kvantitativa. Artiklarna granskades, analyserades och sammanställdes. **Resultat:** Åtta teman identifierades: tankar och upplevelser av den förändrade kroppen, upplevelser av bröstet i relation till kroppen, upplevelser av minskad eller förlorad kvinnlighet, upplevelser av förändrad sexualitet, hälsan är viktigare än kroppsbild och sexualitet, partner påverkar den egna upplevelsen, behov av information och uppföljning samt möjligheter till diskussion kring samlevnad och sexualitet. **Konklusion:** Många kvinnor upplever en förändring i kroppsbild och sexualitet efter en mastektomi och har ett behov av att få samtala om detta. Det är därför viktigt att sjuksköterskan ger kvinnan möjlighet till diskussion och visar öppenhet och vilja till att samtala.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
<b>INLEDNING</b>	1
<b>BAKGRUND</b>	1
<b>BRÖSTCANCER</b>	1
Historia	1
Symtom och diagnostik	2
Prognos och behandling	3
Bröstprotes och bröstrekonstruktion	3
<b>PERSPEKTIV PÅ HÄLSA OCH LIVSVÄRLD</b>	4
Hälsa	4
Livsvärlden och den levda kroppen	4
<b>BEGREPPSDEFINITIONER AV SEXUALITET OCH KROPPSBILD</b>	5
Sexualitet	5
Kroppsbild	5
<b>OMVÅRDNADSTEORETISKT PERSPEKTIV</b>	5
Sjuksköterskans professionella förhållningssätt och ansvar	5
Kommunikation, berättelse och samspel	6
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	7
<b>SYFTE</b>	7
<b>METOD</b>	7
<b>LITTERATURSÖKNING</b>	7
<b>ANALYS</b>	8
<b>ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN</b>	9
<b>RESULTAT</b>	9
<b>UPPLEVELSER AV KROPPSBILD OCH SEXUALITET</b>	9
Tankar och upplevelser av den förändrade kroppen	9
Upplevelser av bröstet i relation till kroppen	10
Upplevelser av minskad eller förlorad kvinnlighet	11
Upplevelser av förändrad sexualitet	11
Hälsan är viktigare än kroppsbild och sexualitet	12
Partner påverkar den egna upplevelsen	12
<b>BEHOV AV STÖD FRÅN OCH KOMMUNIKATION MED SJUKSKÖTERSKAN</b>	13
Behov av information och uppföljning	13
Möjligheter till diskussion kring samlevnad och sexualitet	14
<b>DISKUSSION</b>	14
<b>METODDISKUSSION</b>	14
Litteratursökning	14
Analys	15
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	15

<b>KONKLUSION</b>	<b>19</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>21</b>
<b>BILAGOR</b>	
1 Artikelsökning	
2 Artikelpresentation	

## **INLEDNING**

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos den kvinnliga befolkningen i Sverige. Behandlingen vid bröstcancer är främst kirurgi som kan innebära förlust av ett eller båda brösten, så kallad mastektomi. Detta är starkt sammankopplat till en förändrad kroppsbild och kan hota kvinnans identitet då bröstet är en symbol för sexualitet, kvinnlighet och moderlighet (1). I vårt västerländska samhälle kretsar mycket kring utseendet. Media ger oss bilden att den perfekta kvinnan ska vara smal och ha stora bröst. Reklam anspelar ständigt på sex och inte minst bröstets betydelse som sexuella attribut. Samtidigt finns det kvinnor som tvingas operera bort det ena eller båda brösten till följd av sjukdom.

Årligen insjuknar drygt 7000 personer i bröstcancer i Sverige (2). Majoriteten är kvinnor men även ett 40-tal män drabbas. De som drabbas är främst kvinnor i medelåldern eller äldre, men 5 % är under 40 år (3). Idag överlever allt fler kvinnor bröstcancer och överlevnaden 10 år efter diagnosen är 80 % (4).

Som sjuksköterskor kommer vi med största sannolikhet träffa på kvinnor som drabbats av bröstcancer och genomgått mastektomi. Vi undrar om kvinnors kroppsbild och sexualitet förändras efter en mastektomi och i så fall på vilket sätt. Vi funderar på om kvinnorna ges möjlighet av sjuksköterskan att samtala om detta och vilket ansvar sjuksköterskan har att föra ämnet på tal.

En svensk kartläggning som genomfördes 2006 visar att 90 % av sjuksköterskorna (n=88) hade kunskaper om hur de olika behandlingarna vid bröstcancer påverkade sexualiteten och att 66 % av dessa kände sig bekväma att samtala med patienten om detta. Dock var det 80 % av sjuksköterskorna som inte tog sig tid och 60 % som var osäkra på sin förmåga att samtala om ämnet (5). För att sjuksköterskan ska kunna prata med patienter om sexualitet bör denne tänka på att vara känslig, lyhörd och visa respekt för patientens integritet (6).

Vi vill med detta arbete få större kunskap och förståelse för kvinnornas förändrade kroppsbild och sexualitet samt skaffa oss verktyg att kunna bemöta och kommunicera med dessa kvinnor utifrån deras behov.

## **BAKGRUND**

### **BRÖSTCANCER**

#### **Historia**

År 1898 introducerade kirurgen William Halsted sitt koncept för behandling av bröstcancer. Innan Halsteds koncept introducerades hade bröstcancer betraktats som en obotlig sjukdom. Hans metod var en radikal kirurgi som kom att benämnas Halsteds radikala mastektomi. Åtgärden var omfattande och stympande. All bröstvävnad, bröstmuskler och närliggande lymfkörtlar opererades bort. För kvinnan innebar detta att hon fick leva med kosmetiska och funktionella konsekvenser (7, 8).

Halsteds radikala mastektomi var standardbehandlingen av bröstcancer fram till 1960-talet. Efter detta gick man i Europa över till en mer skonsam metod, så kallad modifierad radikal mastektomi (som i detta arbete kommer benämnas mastektomi), där bröstkörteln och endast de nödvändiga lymfkörtlarna i axillen opereras bort. Idag har kirurgen utvecklats och förfinats ytterligare (7).

Registreringen av antalet insjuknade i bröstcancer började på 1960-talet då Cancerregistret startades (7). Antalet som drabbas av bröstcancer har ökat för varje år och de senaste 20 åren har en årlig ökning på 1,5 % registrerats (9). Idag insjuknar drygt 7 000 personer i bröstcancer årligen i Sverige (2). Majoriteten är kvinnor och endast ett 40-tal är män. Detta gör bröstcancer till den vanligaste cancerformen hos kvinnor. De som drabbas är först och främst i medelåldern eller äldre, men 5 % är under 40 år (3). Vetenskapliga framsteg har möjliggjort tidigare diagnostik och förbättrade behandlingsmetoder vilket gör att fler överlever (2). Redan på 1970-talet kunde man se en minskning av mortaliteten i Sverige, troligen tack vare mammografiscreening, förbättrade behandlingsmetoder och en ökad medvetenhet i samhället. Detta gäller dock inte alla industrialiserade länder. I Danmark har exempelvis inte mortaliteten minskat nämnvärt de senaste 40 åren (9).

### **Symtom och diagnostik**

Det vanligaste tecknet på bröstcancer är en knöl i bröstet. Att en knöl i armhålan uppkommit, huden dragits in, bröstet blivit förstorat och hårt, bröstvärtan läcker blod eller vätska samt hudrodnad är andra tecken på bröstcancer. Vad som orsakar bröstcancer är inte helt känt, men det är troligen ett samspel av flera olika faktorer. En faktor är den hormonella där könshormonerna östrogen och progesteron spelar en roll. Kvinnor som fått sin första menstruation tidigt eller kommer in sent i klimakteriet har en ökad risk för bröstcancer, samtidigt som graviditeter visat sig minska risken. Andra faktorer som påverkar är ärftlighet, livsstil, motion, alkoholkonsumtion och postmenopausal övervikt (3).

Det finns flera olika former av bröstcancer och skillnaden mellan dessa är aktivitet, sättet de växer på och prognos. De vanligaste cancerformerna uppstår i mjölkgångarnas celler (ductal) eller i mjölkkörtlarna (lobulär) (3, 7).

Via lymfan och blodet sprids bröstcancer. Då lymfvägarna går från bröstets laterala del ut till axillen, är det ofta där metastaser kan kännas som en hård och oöm knöl (7). Fjärrmetastaser uppkommer främst i lever, skelett, hjärna och lungor, men kan uppkomma i princip var som helst i kroppen (9). Möjligheterna till att bli botad i detta läge är små och ofta är behandlingen palliativ (10).

Trippeldiagnostik används för att diagnostisera misstänkt bröstcancer. Första steget är en klinisk undersökning där läkaren tar patientens anamnes och genomför en noggrann undersökning av bröstet, där de inspekteras och palperas (9, 10). Andra steget i trippeldiagnostiken är bildiagnostik, vilket innefattar mammografi och vid behov ultraljud (10). Mammografi är en form av röntgenundersökning där skillnaden i absorption mellan fett-, körtel- och tumörvävnad mäts. Genom ultraljud går det att skilja mellan en tumör och cysta och det möjliggör även en tumörbedömning. Det tredje och sista steget är att ta en biopsi, detta för att studera cytologin och histopatologin. Det finns olika biopsimetoder som alla innebär att ta ett vävnadsprov från området som är cancermisstänkt. En annan metod för att undersöka förändringar i bröstet är magnetisk resonanstomografi (MR). Metoden används för att skilja på benigna och maligna förändringar (9, 10).

För att tidigt upptäcka bröstcancertumörer erbjuder landstingen i Sverige mammografiscreening (10). Socialstyrelsen har gett ut nationella rekommendationer om att kvinnor mellan 40 och 74 år bör erbjudas hälsoundersökning med mammografi. Det finns vetenskaplig evidens för att screening minskar mortaliteten i denna åldersgrupp (11). Screening

är av störst värde för kvinnor mellan 50 och 70 år (10). I denna åldersgrupp minskar mortaliteten med 20-30 % jämfört med oscreenade kvinnor (8). Rekommendationer för tidsintervallet mellan screeningundersökningarna av bröstcancer är ett och ett halvt år för kvinnor mellan 40 och 55 år samt två år för kvinnor över 55 år (10).

### **Prognos och behandling**

Prognosen för kvinnor som insjuknat i bröstcancer har förbättrats de senaste 40 åren. Idag är chansen att överleva fem år efter fastställande av diagnos närmare 90 % och 10-årsöverlevnaden är nästan 80 %. Prognosen förbättras ju tidigare cancer upptäcks och ju snabbare behandling sätts in. Bröstcancer upptäcks oftast senare hos män och således är prognosen sämre (4). De länder som har ett högt antal insjuknade i bröstcancer har även ofta en hög mortalitet i sjukdomen. Finland och Sverige är länder som avviker från detta mönster. Trots ett högt antal insjuknade är det förhållandevis få som dör till följd av cancer. Troligen är det tillgängligheten och kvaliteten på hälso- och sjukvården som påverkar prognosen (9).

Det finns flera olika behandlingsmetoder vid bröstcancer. Den vanligaste metoden är kirurgi (8-10, 12). Andra metoder är cytostatikabehandling, hormonell behandling, antikroppsbehandling och radioterapi (9). Cytostatikabehandling används ofta preoperativt om tumören är stor, utspridd eller av inflammatorisk art (12). Hormonell behandling fungerar på 75 % av alla bröstcancrar, då dessa har receptorer för östrogen och/eller progesteron. Hormonpreparatet binder till östrogenets receptorer och förhindrar att cellerna växer. Antikroppsbehandling används på kvinnor som har HER-2-positiva tumörer. HER-2 är en gen som ger upphov till en speciell aggressiv form av bröstcancer och verkar genom att öka cellernas delningshastighet (9). Radioterapi ges postoperativt som en tilläggsbehandling vid bröstbevarande ingrepp och mastektomi (3).

Kirurgi är den främsta behandlingen vid bröstcancer (8, 10, 12). Faktorer som påverkar vilken operationsmetod som används är bröstens storlek och form, tumörens storlek och läge, om patienten tidigare fått strålbehandling mot bröstkorgen och önskan från patientens sida (8). Bröstbevarande kirurgi, även kallad partiell mastektomi, där endast delen med tumören tas bort har idag blivit allt vanligare. Det har visat sig att denna typ av kirurgi i kombination med radioterapi mot bröstet ger ett lika bra resultat vad gäller överlevnad som mastektomi. Mycket stora tumörer och/eller om tumören är multicentrisk eller om det förekommer multifokalitet är kontraindikationer för bröstbevarande kirurgi, precis som små bröst då det kosmetiska resultatet riskerar att bli dåligt. I dessa lägen bör mastektomi övervägas (10). Även om kvinnan är yngre än 40 år anses mastektomi vara det mest lämpliga alternativet då den låga åldern är en riskfaktor för återfall (12). Vid mastektomi tas mamill och areola bort, samt all bröstkörtelvävnad och vävnad i riktning mot axillen. Bröstmusklerna lämnas kvar. Förutom kontraindikationer för bröstbevarande kirurgi är indikationer för mastektomi operationer som är cancerprofylaktiska och om risken för lokalrecidiv är hög (10).

### **Bröstprotes och bröstrekonstruktion**

Kvinnor som genomgått en mastektomi har rätt att få en bröstprotes som oftast kan läggas i Bh:n. Om kvinnan så önskar kan en bröstrekonstruktion erbjudas (3). Denna utförs i omgångar och oftast direkt efter mastektomin, men rekonstruktionen kan även göras senare. Det som kan användas vid rekonstruktion är autolog vävnad, implantat eller en kombination av båda (10). Dagens rekonstruktioner av bröst ger ett verklighetstroget intryck, men en förlorad känsl i bröstet går aldrig att få tillbaka (13).

## **PERSPEKTIV PÅ HÄLSA OCH LIVSVÄRLD**

### **Hälsa**

Hälsa är starkt sammankopplat med olika aspekter som exempelvis kultur, religion, filosofi, etiska värderingar och ekonomi. Det finns två huvudperspektiv ur vilka man kan förstå hälsa. I det biomedicinska perspektivet ses hälsa som frånvaro av sjukdom. Det humanistiska perspektivet har ett holistiskt synsätt och ser hälsa som något mer än enbart frånvaro av sjukdom. Detta perspektiv ser människan som en helhet och som en skapande och aktiv individ som verkar i ett sammanhang (14). Det biomedicinska och det humanistiska perspektiven kompletterar varandra och båda behövs för att förstå människors hälsa och ohälsa (15).

### **Livsvärlden och den levda kroppen**

Livsvärlden är människans subjektiva upplevelse av det sammanhang som denne befinner sig i. Livsvärlden tas för given och ifrågasätts inte (16). Filosofen Martin Heidegger (17) intresserade sig för fundamentologin, det vill säga varats natur. Allt befinner sig i ett sammanhang och får sin mening ur det. Meningen med något är det som det används till eller för, alltså dess funktion eller syfte. Heidegger identifierade tre varandeformer. Det första är i-världen-varon, som innebär att människan primärt är ett andligt ting och som sekundärt befinner sig i ett sammanhang. De andra två varandeformerna är till-handen-varande, vilket innebär de ting som befinner sig i en praktisk kontext, och för-handen-varande, som innebär att ting existerar oberoende av praktisk kontext. Heidegger använder hamrandet och hammaren som exempel för att förklara detta. När en människa använder en hammare effektivt blir relationen till donet mer ursprunglig. Människans hamrande har inte vetskap om hammarens karaktär. Hammaren är här till-handen-varande då den ingår i en praktisk kontext. När hammaren går sönder är detta ett avbrott från det normala, hammaren lämpar sig inte längre för den avsedda användningen. Hammarens oanvändbarhet blir påfallande och människan som inte längre kan hamra iakttar hammaren som ett objekt. Hammaren har nu blivit för-handen-varande. Genom Heideggers teori går det att beskriva människans förändrade livsvärld (17).

Birkler (16) har tolkat Heideggers teori utifrån ett omvårdnadsteoretiskt perspektiv. En individ reflekterar inte över sina ben så länge de fungerar som de ska, de är till-handen-varande. Om benet bryts blir individen plötsligt medveten om att det finns där och benet objektifieras, det har nu blivit för-handen-varande. Människan jämför alltid avbrott från det normala med det normala tillståndet. Så snart benet har läkt kommer inte individen längre att reflektera över det, det kommer att användas som det alltid har gjort. En cancerpatient upplever ofta tumören som ett objekt, något som inte hör dit och som måste bort (16).

En annan fenomenologisk filosof är Maurice Merleau-Ponty (18). Enligt dualismen finns det två sätt att existera på, dessa är tingets och medvetandets. Varje individ har enbart tillgång till sitt eget medvetande och därmed blir alla medmänniskor fysiska ting. Individens egen kropp tillhör i andra människors ögon det fysiska tinget. Merleau-Ponty talar om den levda kroppen som ett subjekt. Med den levda kroppen så menas att människan existerar som en kropp och utan kroppen finns inte individens subjektiva ”jag” (18).



## **BEGREPPSDEFINITIONER AV SEXUALITET OCH KROPPSBILD**

### **Sexualitet**

Sexualitet är en djup drivkraft som finns med hos människan hela livet. Fysisk eller psykisk sjukdom kan påverka sexualiteten, därför finns det många patienter inom hälso- och sjukvården som i relation till sin sexualitet känner ett lidande. Då sjuksköterskan kommer i kontakt med dessa patienter är det viktigt att sjuksköterskan förstår vilken betydelse sexualiteten har för patienters välbefinnande. Sjuksköterskan bör ha en förståelse för att sexualitet kan vara mer än reproduktion och för att alla individer har en sexualitet oavsett om de är sexuellt aktiva eller inte (19).

World Health Organisation (WHO) (20) definierar sexualitet enligt följande:

*Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors. (20, s.5)*

### **Kroppsbild**

Alla bilder, fantasier och uppfattningar en individ har om sitt utseende och sina fysiska kroppsfunktioner benämns kroppsbild eller det fysiska jaget (21). Kroppsbilden är ett multidimensionellt begrepp som innefattar perception (det vill säga uppfattningar), attityder och känslomässiga komponenter (22). Kroppsbilden är en del av självbilden, som är det personliga jaget. Självbilden innehåller individens personliga uppfattning av sig själv och hur denne ser sig själv i sin omgivning. Självbilden innefattar även den syn människan har på den egna kroppen och hur den med åldern mognar som en del av personligheten. Kroppsbilden ligger till grund för självbilden och för att individen ska ha en bra relation till sin egen kropp. Faktorer som ger bidrag till hur kroppsbilden skapas och utvecklas är socialisation, arv, massmedia, mode, ras, kultur samt folkhälsoupplýsning (23).

Bröst och könsorgan är starkt kopplat till den kvinnliga kroppsbilden och är därför de kroppsdelar som kvinnor värderar högst. När kroppen förändras, förändras även kroppsbilden. Förlusten av ett bröst är starkt sammankopplat med att kroppsbilden förändras hos kvinnor, då bröstet är en symbol för sexualitet och kvinnlighet. Då kroppsbilden har inverkan på självförtroendet kommer även sociala relationer att påverkas när kroppsbilden förändras. Problemen kan yttra sig psykiskt eller sexuellt och kan till karaktären vara praktiska eller fysiska (23).

## **OMVÅRDNADSTEORETISKT PERSPEKTIV**

### **Sjuksköterskans professionella förhållningssätt och ansvar**

I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor anges fyra ansvarsområden som ligger till grund för sjuksköterskans yrkesroll, dessa är att förebygga sjukdom, främja hälsa, återställa hälsa och lindra lidande. Att ge vård är sjuksköterskans främsta ansvar och denna bör präglas av respekt för patienten och närstående oberoende av bland annat ålder, kön, religion, kultur, sexuell

läggning, etniskt ursprung och social status. Sjuksköterskan ansvarar även för att ge patienten tillräcklig information för att denne ska kunna bilda sig en uppfattning av vård och behandling och således fatta beslut om detta (24).

I Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska framkommer det att sjuksköterskan ska vara respektfull, lyhörd och empatisk vid kommunikation med patienten, närstående och andra. Patienter som inte uttrycker behov av att få information bör tillägnas särskild uppmärksamhet, detta gäller även patienter som har särskilt uttalade informationsbehov. Att sjuksköterskan ser på människan ur ett humanistiskt perspektiv är grundläggande. Detta innebär att sjuksköterskan bör ha en helhetssyn på patienten och visa respekt för patientens värdighet, integritet och autonomi samt även öppenhet för dennes religion och värderingar (25).

### **Kommunikation, berättelse och samspel**

Kommunikation kan ses som ett ömsesidigt utbyte eller något som blir gemensamt. Kroppsspråket och det muntliga uttrycket utgör tillsammans grunderna för kommunikation. Inom hälso- och sjukvården är kommunikation ett centralt och livsnödvändigt begrepp (26). För att kunna utöva god vård krävs det att kommunikationen och samspelet mellan sjuksköterska och patient är väl fungerande (27). Genom att patienten berättar om sin upplevelse av sjukdomen kan mening skapas i sjukdom och lidande. Att få berätta om sina upplevelser för någon som visar intresse och lyssnar kan ha helande och vårdande kraft, precis som det kan vara bekräftande och tröstande. När patienten berättar förs även en inre dialog och berättandet blir i sig således vårdande. Berättandet blir meningsskapande och formar och bekräftar patientens identitet då nya aspekter av vem denne är och den bild denne har av sig själv inlemmas (28). Sjuksköterskan bör finnas där för att stödja och aktivt lyssna på patienten och vid behov svara på frågor (27).

Omvårdnadsteoretikern Travelbee (29) menar att kommunikation kräver både fysisk och mental aktivitet och sker hela tiden mellan sjuksköterskan och patienten vare sig de samtalar eller är tysta. Den ickeverbala kommunikationen sker bland annat genom ansiktsuttryck, attityd, beteende och gester. Denna typ av kommunikation kan hjälpa till att ge den verbala kommunikationen flera dimensioner, exempelvis används gester för att understryka uttalanden. Kommunikation är en process som präglas av dynamik och påverkar den mellanmänniskliga närheten. Den kan användas till att föra människor närmare varandra, hjälpa, såra eller stöta bort dem. Sjuksköterskan kan genom kommunikation etablera ett människa-till-människa-förhållande. Detta avser upplevelser och erfarenheter mellan sjuksköterskan och den sjuka individen. Förhållandet kännetecknas av att patientens omvårdnadsbehov identifieras och tillgodoses (29).

Enligt Travelbee (29) är det viktigt för sjuksköterskan att lära känna patienten, detta för att kunna hjälpa patienten att hantera sin sjukdom. Varje individ reagerar olika under påfrestningar och svårigheter och sjuksköterskan bör känna till hur den enskilde hanterar detta för att kunna ge meningsfull omvårdnad. Patienter och anhöriga har lättare att söka hjälp av och lita på sjuksköterskan om de känner denne och upplever att det finns en vilja att hjälpa. Det är genom sjuksköterskans kommunikationsfärdigheter som denne lär känna patient och anhöriga. Sjuksköterskor har olika färdigheter till att bedöma hur deras beteende påverkar andra människor. Det finns sjuksköterskor som verkar ha förmågan till att uppfatta andra människors tankar och känslor, medan andra verkar sakna denna förmåga. Vissa sjuksköterskor har

teoretiska kunskaper om kommunikationsprocessen men kan inte använda dessa i omvårdnadssituationer och andra arbetar på intuition utan kunskaper inom området. Dessa sjuksköterskor klarar oftast av att skapa god kontakt och en nära relation till patienten, troligen för att de har god självkänedom och således kan förstå andras beteende (29).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Det medicinska perspektivet där fokus ligger på att patienten ska överleva sin cancer är dominerande. Våra upplevelser är att ett omvårdnadsperspektiv saknas och att sjuksköterskor i allmänhet inte tar upp förändringar i sexualitet och kroppsbild. En önskan och ett behov hos patienterna finns dock att få samtala om detta (6). Detta kan tänkas vara särskilt uttalat vid kirurgiska ingrepp som innebär att patienten förlorar en kroppsdel, som vid mastektomi. Det är sjuksköterskans ansvar att föra ämnet på tal för att påvisa att det är tillåtet att samtala om och ställa frågor om sexualitet. Våra tankar är att patienter inte vågar ta upp detta laddade ämne då de inte vet om det är tillåtet att tala om sin sexualitet med sjuksköterskan.

För att kunna ge en god vård är en väl fungerande kommunikation mellan patient och sjuksköterska av största vikt. En svensk kartläggning (5) visar att majoriteten av sjuksköterskorna vet hur sjukdom och behandling vid bröstcancer påverkar sexualiteten, dock är det drygt hälften av dessa som inte vet på vilket sätt de ska kommunicera med patienten om detta. Vi vill med detta arbete belysa vilka tankar och upplevelser bröstcancerdrabbade kvinnor har efter en mastektomi avseende sin sexualitet och kroppsbild. Då det finns uppenbara brister i kommunikation och stöd vill vi även ta reda på vilka behov av detta kvinnorna har med sjuksköterskan.

## **SYFTE**

Syftet med detta arbete är att belysa bröstcancerdrabbade kvinnors upplevelse av och tankar kring påverkan på kroppsbild och sexualitet efter mastektomi samt behov av kommunikation med sjuksköterskan.

Frågeställningar:

- Vilka är kvinnornas tankar och upplevelser av den egna kroppsbilden och sexualiteten efter en mastektomi?
- Vilka är kvinnornas behov av stöd från och kommunikation med sjuksköterskan?

## **METOD**

### **LITTERATURSÖKNING**

Detta arbete är en litteraturöversikt med ett problemområde utifrån ett omvårdnadsperspektiv. Vetenskapliga artiklar söktes i databaserna Cinahl, Scopus, SwePub, PsycINFO och Vård i Norden.

Först gjordes en osystematisk litteratursökning där det togs reda på hur mycket material det fanns inom området bröstcancer. Sökorden som användes då var *breast cancer*, *sexuality* samt *nursing*. Mängden artiklar var stor och beslut togs om att smalna av problemområdet med en kombination av sökorden *mastectomy*, *sexuality* och *body image*.

Efter att problemområdet fastställts påbörjades en systematisk litteratursökning där alla sökningar dokumenterades. Sökningarna började brett och smalnades av successivt och fokus lades på kvinnors upplevelser av mastektomi och behov av stöd och kommunikation (30). Sökorden som användes var *breast cancer, mastectomy, sexuality, intimacy, body image, nursing, communication, patient, need, experience, support, information, care* samt *education*. Dessa sökord användes i olika kombinationer så att de svarade an till syftet att ta reda på patienternas upplevelser, tankar samt kommunikationsbehov efter en mastektomi. Boolesk söklogik har använts som innebär att orden AND, OR och NOT används för att förklara sökordens samband mellan varandra (30). Författarna använde sig av AND vilket indikerar att båda orden ska finnas med i sökresultatet samt NOT för att utesluta ett visst sökord. Sökningarna i databaserna gjordes med kombinationer av de olika sökorden tills samma artiklar återkom i sökresultaten. Sökprocessen redovisas i bilaga 1.

Inklusionskriterier för urvalet var att artiklarna skulle ha ett patientperspektiv, då det svarade mot syftet. Artiklarna skulle även vara vetenskapliga, skrivna på engelska och granskade enligt peer review. Då kirurgin ständigt förfinas valdes artiklar publicerade från och med 2004 och senare. Fokus lades först på att hitta artiklar genomförda i Norden och övriga Europa. Då få artiklar svarade mot syftet behövdes en utökning, vilket innebar att även artiklar från övriga delar av världen inkluderades. Författarna upptäckte även att det fanns en brist på artiklar som berörde behov av stöd och kommunikation ur ett patientperspektiv, därför utökades sökningarna till att inkludera alla bröstcancerdrabbade kvinnor och inte enbart de som genomgått mastektomi. Det gjordes också sökningar som inkluderade alla typer av cancerpatienter. På dessa utökade sökningar gjordes inga begränsningar i årtal.

Exklusionskriterier för att begränsa artikelurvalet var studier där patienterna enbart hade genomgått bröstbevarande, rekonstruktiv eller profylaktisk kirurgi. Dessa uteslöts då det kan tänkas att patienternas upplevelser påverkas då de fått ett kosmetiskt fint resultat eller inte haft sjukdom och att denna upplevelse skiljer sig från en komplett mastektomi. Vid den utökade sökningen där alla typer av cancerpatienter inkluderades handlade en stor del av studierna om gynekologisk cancer, dessa exkluderades då de inte svarade mot arbetets syfte och då författarna ansåg att cancer i könsorgan kan innebära ett annat behov av stöd än cancer i bröstet.

Vid urvalet lästes abstract för att avgöra om artiklarna var relevanta för syftet. 12 artiklar valdes ut och lästes i sin helhet. Tre av dessa exkluderades sedan då de inte ansågs relevanta för arbetets syfte. Via manuella sökningar hittades ytterligare två artiklar, dessa fanns som referenser i tidigare valda artiklar. Resultatet bygger på 11 artiklar där 5 är kvalitativa (33-35, 38, 39), 5 kvantitativa (32, 36, 37, 40, 41) samt en artikel som är både kvalitativ och kvantitativ (42). Artikelpresentationen finns i bilaga 2.

## **ANALYS**

Analysen av artiklarna gjordes utifrån den process som beskrivs för litteraturöversikt i Fribergs bok "Dags för uppsats" (31). Ur artiklarna urskiljdes det material som svarade mot arbetets syfte. Fokus lades på likheter och skillnader i artiklarnas resultat innehåll. Författarna började med att granska och analysera artiklarna individuellt, detta för att minska risken att missa viktiga aspekter. Därefter diskuterades och analyserades samtliga artiklar gemensamt och en sammanställning gjordes. Slutligen kunde åtta olika teman identifieras. I syftets första frågeställning framkom dessa teman: *tankar och upplevelser av den förändrade kroppen,*

*upplevelser av bröstet i relation till kroppen, upplevelser av minskad eller förlorad kvinnlighet, upplevelser av förändrad sexualitet, hälsan är viktigare än kroppsbild och sexualitet och partner påverkar den egna upplevelsen. I syftets andra frågeställning framkom dessa teman: behov av information och uppföljning och möjligheter till diskussion kring samlevnad och sexualitet. Detta utgör struktur för presentation i resultatdelen. Författarna har valt att lägga in citat av kvinnor för att förstärka resultatet.*

## **ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN**

Fem av de artiklar (36-38, 40, 41) som använts i resultatet har blivit granskade av en etisk kommitté. I resterande artiklar har ett etiskt ställningstagande inte nämnts eller diskuterats. Vid granskningen av studiernas metoddelar har författarna övervägt etiska aspekter samt granskat på vilket sätt deltagarna i studierna har rekryterats och bemötts av forskarna under studiens gång. Författarna ansåg att forskarnas tillvägagångssätt visade hänsyn till deltagarnas integritet och autonomi. Etiska ställningstaganden verkar ha tagits i beaktande även om det inte uttryckligen framkom i artiklarna.

## **RESULTAT**

### **UPPLEVELSER AV KROPPSBILD OCH SEXUALITET**

#### **Tankar och upplevelser av den förändrade kroppen**

Många studier visade att kvinnorna fick en sämre kroppsbild efter att ha genomgått mastektomi (32-37). Flera kvinnor kände sig fula, generade och upplevde en osäkerhet och ett dåligt självförtroende på grund av sin förändrade kropp och nya utseende (34). Även två andra studier (36, 38) visade att kvinnorna upplevde ett dåligt självförtroende. Flera kvinnor var missnöjda med de ärr som operationen efterlämnade (33, 36). En kvinna uttryckte att amputationen och ärrarna var en konstant påminnelse om bröstcanceren (33).

Kvinnor upplevde skamkänslor över kroppen efter mastektomin (32-34, 37). De kände sig stympade och fula efter ingreppet vilket gjorde att många inte ville se sig själva i spegeln (33, 34). Några kvinnor berättade att de kände sig förkrossade och grät när de såg sin spegelbild (33, 34). En kvinna beskrev även att hon tyckte att hennes enbröstade kropp såg dum ut (34). Mastektomin hade påverkat kvinnornas liv så pass mycket att de undvek att gå till offentliga plaster som exempelvis simhallen och gymmet, som skulle tvinga dem att exponera det saknade bröstet (33, 34, 36). De var rädda för vad andra människor skulle tycka om deras kroppar. En kvinna beskrev vilket obehag hon kände när nyfikna människor stirrade på hennes kropp vid besök i simhallen (34). Mastektomin hade även påverkat kvinnornas sätt att klä sig (33, 34, 36, 38). De upplevde att deras klädval blev mycket begränsat då de hela tiden var tvungna att tänka på att dölja proteserna. Vissa kvinnor saknade att ha kläder med djup urringning då de tidigare hade tyckt om att framhäva sina bröst (33, 34).

*"I was surprised, because I didn't think that I needed both breasts. I always thought of myself as a quite an attractive woman, I didn't stick my tits out or anything. I'm not a dumb blond but a woman in my own right. And now I'm embarrassed about it. And I'm angry at myself for being so pathetic. I haven't even, I thought that I'd accepted it, it's more like I'm resigned to it. You know, I've got scars everywhere. I don't even like looking at it because I look at it and I think mutilation, damage, defect, yuck" (34, s. 82).*

Falk Dahl m.fl. (36) genomförde en kvantitativ prospektiv studie med mätningar vid två tillfällen, den första gjordes år 2004 och den andra år 2007. Studien visade att 69 % av de bröstcancerdrabbade kvinnorna hade bra kroppsbild år 2004 och att 91 % av dessa fortfarande hade bra kroppsbild vid uppföljningen år 2007. Mätningarna som gjordes år 2004 visade att 31 % av kvinnorna hade en dålig kroppsbild efter genomgången kirurgisk behandling. Vid uppföljningen år 2007 kunde det konstateras att 27 % av alla kvinnorna i studien hade dålig kroppsbild. Av de som år 2004 hade dålig kroppsbild var det 68 % som fortfarande hade det och av de som hade en bra kroppsbild år 2004 var det nu 9 % som hade dålig kroppsbild. Av de kvinnor som hade en dålig kroppsbild vid mätningarna hade 90 % genomgått mastektomi och övriga 10 % hade genomgått bröstbevarande kirurgi. Studien jämförde även de bröstcancerdrabbade med jämnåriga friska kvinnor från den generella populationen. Denna jämförelse visade att de bröstcancerdrabbade kvinnorna hade en sämre tillfredsställelse med kroppsbilden men att skillnad mellan grupperna inte var signifikant (36).

Två studier (33, 38) visade att flera av kvinnorna kände skam över att de efter en mastektomi var missnöjda med sitt utseende när de borde vara tacksamma för att de överhuvudtaget var vid liv.

*”And you are supposed to be happy because you’re alive..., but I just can’t think that way ‘cause I don’t like my body. You look at yourself, I just can’t stand up and say; “Ann you’re alive, but you look awful!” For God’s sake, I can’t recognize myself”* (33, s. 5).

*“you almost feel guilty... worrying about your vanity... I should be grateful that I am being kept alive... [sobbing] but you lose your woman hood”* (38, s. E16).

### **Upplevelser av bröstet i relation till kroppen**

Vissa kvinnor upplevde att de hade svårt att relatera till sin kropp efter mastektomin (39). I tre studier (33, 34, 39) talade kvinnor om det sjuka bröstet som ett objekt. De ansåg att det var bröstet som var sjukt och drabbat av cancer, inte de själva. De distanserade sig från sin sjukdom (33, 34).

*”When I look in the mirror I don’t actually look at my breasts because they’re not there. My breasts had cancer. It wasn’t actually me”* (34, s. 82).

I två av dessa studier (33, 39) uttryckte några kvinnor att den första reaktionen efter cancerbeskedet var att ta bort det sjuka bröstet, de ville inte kännas vid det. Fokus låg på att överleva.

*”Your first reaction is to remove the breast to get rid of the cancer – get rid of the cancerous breast. Just take away everything; I will not have anything to do with it any more”* (33, s. 4).

En kvinna som vid cancerbeskedet bara hade velat bli av med sitt bröst, uttryckte att hon efter mastektomin sörjde bröstet och att hon inte längre kände sig som samma person varken fysiskt eller psyksikt (39). Även i en annan studie var det ett fåtal kvinnor som upplevde det som att de förlorade sig själva som personer efter mastektomin (33).

I motsats till de andra kvinnorna började en kvinna reflektera över om hon hade en kropp eller om hon var en kropp. Efter mastektomin började hon komma över främlingskapet som hennes enbröstade kropp innebar och såg sitt bröst som en del av sin egen kropp (35).

*"I think the first time I really felt that I was all one piece was after I had my mastectomy. I realised that I'm in my body, that I am my body, it was the weirdest- I had to sit down. I was like, holy shit! I think I felt that more and more over time in this whole situation, but that was really the first time I ever felt that, that I realised my body had more of a say than maybe I wanted to give it credit for"* (35, s. 55).

### **Upplevelser av minskad eller förlorad kvinnlighet**

Många studier visade att kvinnor som genomgått mastektomi upplevde en minskad eller förlorad kvinnlighet och femininitet (32-35, 40). Vissa kvinnor upplevde att deras kvinnlighet var helt borta efter ingreppet, de upplevde att de förlorat sig själva som personer (33, 35). Många beskrev även att förlusten av ett bröst fick dem att känna sig som en halv kvinna (33, 34, 36).

*"Then the process started of discovering that you were just half... my femininity disappeared"* (33, s.4).

Andra kvinnor upplevde att deras kvinnlighet var sårad men inte förlorad. De pratade fortfarande om sig själva som värdefulla människor och som kvinnor, trots att de saknade ett bröst. Vissa kvinnor upplevde sig normala när de hade på sig kläder och bar en protes där mastektomin var utförd. Ingen kunde då se att de saknade ett bröst. Däremot var det annorlunda när de tog av sig sina kläder. Det saknade bröstet blev exponerat och deras kvinnlighet ifrågasattes (33).

*"I'm a woman with or without my breasts"* (33, s. 5).

De som efter mastektomin kände att de endast var halva kvinnor ville göra en bröstrekonstruktion för att känna sig hela igen (33, 34, 36). En kvinna uttryckte att hon kände att hennes stympade kropp reflekterades i andras ögon och detta gjorde att hon kände sig främmande för förbindelsen med sin kvinnliga kropp. Rekonstruktionen ansågs då viktig för att återfå formen av en kvinna och var av betydelse i kampen om att på nytt känna sig kvinnlig (35).

### **Upplevelser av förändrad sexualitet**

En undersökning (38) av cancerpatienter visar att sexualitet har olika betydelse för människor i olika åldrar och olika faser i livet. Bröstcancerdrabbade kvinnor upplevde att de hade problem med sin sexualitet (32, 33, 35, 40, 41). En studie (32) visade att 50 % av kvinnorna upplevde detta problem. De sexuella problemen kunde gestalta sig som minskad sexuell lust (32, 33, 40), tillfredsställelse (32, 40, 41), intresse, upphetsning och bristande förmåga att kunna slappna av vid och njuta av sex (32). En studie fann att kvinnor som hade högre utbildningsnivå hade bättre sexuell tillfredsställelse och funktion än de som hade lägre (41).

Vissa kvinnor upplevde att de inte var sexiga eller attraktiva (32, 33, 35). Då kvinnorna såg på bröstet som sexuella attribut var förlusten av ett eller båda bröstet även en förlust av sexualiteten och känslan av att vara attraktiv (33, 40). En kvinna beskriver att hon försökte vara sexuellt aktiv men då hon inte ville ta av sig Bh:n och ville ha det mörkt i rummet kände hon sig begränsad (33). En annan kvinna beskrev att hon i jämförelse med andra friska kvinnor kände sig stympad och underlägsen (35).

*"...I felt my handicap. I felt my mutilation. I did not feel like a sexy woman. I don't think, ever since my mastectomy, I felt very sexy" (35, s. 54).*

### **Hälsan är viktigare än kroppsbild och sexualitet**

En studie (33) som genomfördes 4,5 år efter mastektomin visade att framförallt äldre kvinnor, med en medelålder på 60 år, i stabila förhållanden inte upplevde mastektomin som problematisk. De ansåg att bröstet redan hade fyllt sin funktion och gjort sitt genom att de tidigare i livet ammat sina barn. Dessa kvinnor tyckte att hälsan var viktigare än utseendet (33).

*"At this age... it is not so important what you look like, what is important is health. When you are older, imperfections count for less... you actually should have some rips in yours sails when you get older" (33, s. 4).*

Dessa kvinnor upplevde att förlusten av ett bröst "inte var så farlig". Sexualiteten och kvinnligheten ansågs inte enbart kopplad till bröstet utan även till andra fysiska aspekter, som exempelvis kläder, och till personliga kvaliteter, som att bry sig om andra medmänniskor. Bröstet kunde till och med ses som en sex-neutral del av kroppen och kunde jämföras med vilken kroppsdel som helst (33).

I en annan studie (38) framkom det att ett fåtal patienter ansåg att överlevnad och hälsa var viktigare än sexualiteten, de var glada att de levde. Dessa patienter var äldre, pensionerade eller hemarbetande (38).

Moreira & Canavarro (37) genomförde en kvantitativ prospektiv studie där den första mätningen genomfördes precis efter det kirurgiska ingreppet och den andra mätningen gjordes 6 månader efter cancerbehandlingens avslut. De fann att kroppsskammen ökade med tiden hos bröstcancerdrabbade kvinnor. Av detta drog de slutsatsen att kvinnorna i början var fokuserade på sin sjukdom och att överleva cancer, för att i en senare fas bli mer medvetna om sitt utseende.

### **Partner påverkar den egna upplevelsen**

De bröstcancerdrabbade kvinnornas partners reaktion på mastektomin påverkade deras egen upplevelse av sexualitet (32, 33, 41, 42) och kroppsbild (32-35, 42). Wimberly m.fl. (42) fann att ju mindre kvinnorna upplevde att deras partner besvärades av ärren efter operationen, ju positivare blev den första sexuella upplevelsen efter mastektomin. Dessa kvinnor hade även starkare känslor av kvinnlighet och attraktivitet än de kvinnor som upplevde att deras partner besvärades av ärren. Om partnern var uppmuntrande och stödjande upplevde kvinnorna ett större välbefinnande, starkare känslor av kvinnlighet och attraktivitet samt högre tillfredsställelse i partnerrelationen. Detta gällde även när partnern visade ett sexuellt intresse för henne (42). En studie (41) fann ett samband mellan att om partnern var äldre än den



bröstcancerdrabbade kvinnan som genomgått mastektomi upplevde hon en sämre sexuell tillfredsställelse och funktion. I studien framkom dock ingen orsak till detta samband.

Fobair m.fl (32) genomförde en kvantitativ studie där bröstcancerdrabbade kvinnor i åldrarna 22-55 år fick besvara frågor om kroppsbild och sexuella problem med svarsalternativ. Av de kvinnor som levde i ett stabilt förhållande upplevde hälften att de hade två eller fler problem med sin kroppsbild "some of the time" eller ett problem "much/most of the time". De vanligaste problemen var att känna sig osäker och generad över sin kropp samt att oro sig över sin sexuella attraktivitet. Kvinnor som inte hade någon partner upplevde oftare att de hade problem med kroppsbilden, de kände sig generade över sin kropp större delen av tiden och oroade sig mer för sin sexuella attraktivitet än kvinnorna i ett förhållande (32). Kvinnor som inte hade någon partner upplevde det även som jobbigare att klä av sig inför andra (33).

Vissa kvinnor upplevde det som att deras partner inte verkade ha några problem alls med mastektomin, vilket de själva inte heller hade (33, 34). Mastektomin hade inte inneburit att deras sexuella relation förändrats. Dessa kvinnor var oftast äldre än 60 år (33).

En partners stöd kunde hjälpa kvinnorna att reparera den sårade kvinnligheten (33).

*"I'm still a woman, and I guess that's very much thanks to my husband... He likes me despite what I've been through... He loves me as I am and looks upon me as a woman though I have only 1 breast left" (33, s. 5).*

I en av studierna (35) beskrev en kvinna hur ett brev från hennes älskare hade förändrat hennes syn på sin egen kroppsbild och kvinnlighet. Fastän hon kände sig ful och bedrövlig hade han fått henne att känna sig som en kvinna. På grund av behandlingarna av bröstcancer hade kvinnan tappat allt sitt hår och i brevet beskrev älskaren hur han kunde se henne sitta på en segelbåt, med håret böljandes i vinden (35).

*"... I've been going back to that image, because he gave it to me and I like to dream his dream. That's not me now, but it's really me. [...] But I figured it's a more real place for me than my bathroom mirror. [...] And I was miserable and hairless and ugly, yet he would reach me and be able to make me feel like a woman... And for me this is more real than this glass mirror, because here I get weak, here I get weepy, here are times when I just get down. It's not reality, but it's stronger than reality... It's real between us" (35, s. 55).*

## **BEHOV AV STÖD FRÅN OCH KOMMUNIKATION MED SJUKSKÖTERSKAN**

### **Behov av information och uppföljning**

Endast ett fåtal studier (38-40) berörde området behov av stöd och kommunikation med sjuksköterskan ur ett patientperspektiv. Dessa studier visade att det fanns ett behov av detta hos bröstcancerpatienter (38-40). Kvinnor som genomgått mastektomi hade ofta låg sexuell lust och var missnöjda med sina sexliv. Orsaken till dessa upplevelser var att deras kvinnlighet och kroppsbild förändrats till det sämre efter mastektomin. De hade därför ett uttalat behov av stöd avseende kvinnlighet och kroppsbild (40). Många bröstcancerdrabbade patienter och även patienter med andra cancerformer var missnöjda med bristen på information, stöd och praktiska strategier från sjuksköterskor avseende förändringar i sexualitet och kroppsbild (38, 39). En studie (39) visade att speciellt unga bröstcancerdrabbade kvinnor, med medelåldern 41 år,

upplevde att det inte fanns information och stöd anpassat för dem även om de förväntade sig det från vårdpersonal. Dessa unga kvinnor hade önskemål om att få träffa en bröstsjuusköterska var sjätte månad samt att få information om bland annat kroppsbild. De ville att informationen skulle anpassas efter deras ålder och fas i livet (39).

En studie (38) visade att vissa patienter litade på vårdpersonalens medicinska omdöme och ansåg att om personalen hade tyckt att det var viktigt att prata om sexualitet så hade de tagit upp ämnet med dem. Dessa patienter ville heller inte besvära eller generera personalen med känsliga frågor (38).

### **Möjligheter till diskussion kring samlevnad och sexualitet**

Unga kvinnor i en studie (39) önskade att det skulle anordnas workshops där deltagarna kunde diskutera bland annat sexualitet och dejting. I en annan studie (38) visade det sig att flera patienter, under 60 år, ville veta om deras situation var normal och hur andra patienter i samma situation hanterat förändringar i sexualitet och intimitet. Vid upprepade tillfällen sökte patienterna råd av sjuusköterskor om hur de skulle hantera dåligt självförtroende och förändringar i partnerrelationer. Upplevelse av besvikelse, ilska och frustration infann sig när personal inte gav dem möjlighet att diskutera sexualitet och intimitet (38).

Många patienter i studien uttryckte att det är viktigt att hitta ”rätt” sjuusköterska att samtala med. Patienter önskade att personen de vände sig till skulle lyssna på deras problem på ett lyhört sätt och få dem att känna sig respekterade som individer och inte som en sjukdom. Vissa patienter ville gärna att sjuusköterskan skulle vara av samma kön och ålder då de trodde att detta kunde bidra till sjuusköterskans förståelse för det intima och sexuella problemet. En kvinnlig patient med bröstcancer trodde att hon skulle känna sig mer avslappnad med en yngre kvinnlig sjuusköterska. Andra patienter lade inte så stor vikt vid dessa faktorer utan ansåg att sjuusköterskans öppenhet och vilja till att prata var av största betydelse (38).

De patienter som hade fått möjlighet att diskutera sexualitet med en sjuusköterska berättade att fokus hade legat på förmågan att kunna genomföra ett samlag eller inte och på vilket sätt cancerbehandlingen påverkar klimakteriet och fertiliteten. Majoriteten av patienterna såg däremot sexualitet som något mer än bara samlag. Dessa patienter ville veta hur de skulle lära sig leva med förändringar i sexualitet och intimitet och att sjuusköterskan skulle lyssna till deras specifika behov. De önskade även få hjälp med praktiska strategier för att lära sig leva med sina kroppsliga förändringar som exempelvis ärr (38).

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

#### **Litteratursökning**

Då vi ville få en översikt av forskningen på detta specifika område valdes litteraturöversikt som metod. Resultatet bygger på både kvalitativa och kvantitativa artiklar, vilket kan ge en större överblick av forskningsområdet. De kvalitativa artiklarna går inte att generalisera i samma utsträckning som de kvantitativa men ger ett djup och en större förståelse för kvinnornas tankar och upplevelser. Vi hade förväntat oss ett större utbud av artiklar som behandlar området patienters behov av stöd och kommunikation med sjuusköterskan avseende kroppsbild och sexualitet efter en mastektomi. Dock upptäckte vi tidigt att detta område är utforskat. Vi valde därför att i resultatet använda en artikel (38) som inte enbart hade

bröstcancerdrabbade kvinnor i urvalet utan även andra cancerformer och en artikel (39) som baserats på kvinnor med bröstcancer oberoende av behandlingsmetod. Vi är medvetna om att valet av dessa artiklar kan ha påverkat arbetets resultat. I urvalet i dessa artiklar fanns det kvinnor som genomgått mastektomi men i resultaten framgick det inte vilka specifika behov just de uttryckte. I Hordern & Streets studie (38) framkom det vilka citat som kom från de bröstcancerdrabbade patienterna och vi har valt att enbart inkludera dessa i vårt resultat. Att området är utforskat var förvånande då vårt resultat visar att många kvinnor upplever förändringar av kroppsbilden och sexualiteten efter en mastektomi och att det finns ett behov av att få samtala med sjuksköterskan om detta. Vi anser att mer forskning inom området behövs.

Syftet med Manderson & Stirlings studie (34) var att undersöka det ontologiska dilemmat som bröstcancerdrabbade kvinnor efter en mastektomi står inför, nämligen att tala om det som inte längre finns. Denna studie svarade därför inte exakt mot vårt arbetes syfte, däremot framkom material som var av betydelse och vi valde därför att inkludera artikeln i resultatet.

I början av litteratursökningen ville vi hitta artiklar från Norden och övriga Europa då tanken var att det skulle vara så likt de svenska förhållandena som möjligt. Detta för att resultatet skulle kunna appliceras på den svenska hälso- och sjukvården. Då det var brist på artiklar från detta geografiska område valde vi att även inkludera artiklar från övriga delar av världen. De artiklar resultatet bygger på kommer från Sverige, Norge, Kanada, Portugal, Turkiet, Australien, USA och Brasilien. Då alla dessa länder inte har samma sjukvårdssystem och att kulturer och värderingar skiljer sig åt kan detta påverka generaliserbarheten på de svenska patienterna.

## **Analys**

Vid sammanställningen av artiklarnas resultat kunde tydliga mönster av likheter och skillnader urskiljas. Svårigheterna uppkom när teman skulle skapas och vi insåg att det var komplicerat att lyfta ut och avgränsa begreppen kroppsbild och sexualitet, som i sig hör samman. Det krävdes mycket reflektioner kring under vilket tema materialet, som fåtts fram genom analysen, skulle placeras. Detta har bidragit till en djupare förståelse av texternas innehåll och till att resultatet fick en tydligare struktur. Vid analysen av artiklarna kunde vi se att många kvinnor beskrev att deras kvinnlighet hade förändrats efter mastektomin. Kvinnlighet var inte ett begrepp som utretts tidigare i arbetet och då det överlappar både kroppsbild och sexualitet var det svårt att renodla och dela upp det under olika teman. Den förändrade kvinnligheten fick därför utgöra ett eget tema. Vi valde att analysera artiklarna enskilt i början då vi ansåg att det var störst chans att upptäcka alla aspekter som rörde syftet. Efter den individuella analysen analyserades artiklarna gemensamt och vi upplevde att dessa diskussioner bidrog till djupare förståelse av artiklarnas innehåll.

## **RESULTATDISKUSSION**

Samtliga artiklar som använts i vårt resultat har använt sig av ordet *body image*. Vid översättning till svenska i Nationalencyklopedins (NE) engelska ordbok och Svensk MeSH översätts *body image* till kroppsbild och kroppsuppfattning (43, 44). Vid uppslag i NE och Svensk MeSH har kroppsbild och kroppsuppfattning samma betydelse. Enligt Striegel-Moore (22) är *body image* ett mångdimensionellt begrepp som innefattar uppfattningar, attityder och känslomässiga komponenter. Även Kreuger (21) beskriver att alla bilder, fantasier och uppfattningar en individ har om sitt utseende och sina fysiska kroppsfunktioner benämns

kroppsbild. Vi tolkar detta som att Striegel-Moore och Kreuger menar att kroppsuppfattning kan ingå i kroppsbilden. Det verkar finnas delade meningar om huruvida det överhuvudtaget finns en skillnad mellan kroppsbild och kroppsuppfattning och om så är fallet vilka dessa skillnader är. Då den svenska litteraturen använder sig av ordet kroppsbild valde vi att i detta arbete översätta begreppet *body image* till kroppsbild.

Vi är medvetna om att resultatet kan ha påverkats av att vissa kvinnor även genomgick andra behandlingsmetoder, som exempelvis cytostatika och radioterapi, förutom mastektomi. Dessa andra behandlingsmetoder har bieffekter, som exempelvis hårfall, trötthet och vaginal torrhet, som kan påverka kroppsbild och sexualitet (9). På grund av detta går det inte med säkerhet att veta att det enbart var mastektomin eller om det var mastektomin i kombination med de andra behandlingsmetoderna som påverkade dessa kvinnors förändrade kroppsbild och sexualitet.

Livsvärlden är en människas subjektiva upplevelse och ifrågasätts inte så länge allting fungerar som det ska (16). Genom Heideggers (17) och Merleau-Pontys (18) filosofiska teorier går det att förstå en patients förändrade livsvärld på ett djupare plan. Enligt Heidegger blir en individ medveten om ett tings existens när det förändras eller går sönder, detta ting iaktas då som ett objekt (17). Detta kunde vi se i tre av artiklarna (33, 34, 39) vi använde oss av. Kvinnorna objektifierade det sjuka bröstet och ansåg att det var bröstet som var cancersjukt och inte de själva (33, 34, 39). I motsats till dessa kvinnor var det en kvinna som insåg att hon inte hade en kropp utan att hon var en kropp, bröstet var en del av henne själv (35). Detta går mer i enlighet med Merleau-Pontys teori om den levda kroppen som innebär att kroppen utgör människans existens och utan kroppen finns inte individens subjektiva "jag" (18). De flesta kvinnor verkade objektifiera bröstet i början av sjukdomen, men övergick efter mastektomin till att känna sig förlorade som personer och som kvinnor (33, 34, 39). Vi anser att sjuksköterskan bör vara medveten om en kvinnas skiftande upplevelser av bröstet som objekt eller som en del av "jaget". Detta för att bättre kunna förstå och hjälpa dessa kvinnor.

Vid förändringar av kroppsbilden bör sjuksköterskan innan behandlingen startas, i förväg göra patienten beredd på vilka förändringar som kan komma att ske. Sjuksköterskan bör även finnas där under hela förloppet för att stödja och stärka patienten på dess väg till ett accepterande av den nya kroppsbilden. Detta kräver kunskap om vilka faktorer, förutom ingreppet, som kan påverka (23). Det kan tänkas att kvinnan inte är särskilt mottaglig för information om kroppsbild och sexualitet om denne i början av sjukdomen objektifierar bröstet och fokuserar på att ta bort det. Vi tänker att det är viktigt att upprepa informationen efter mastektomin när kvinnan eventuellt börjar reflektera över sin förändrade kropp som en del av sitt subjektiva "jag".

I Moreira & Canavarros studie (37) framkom det att kroppsskammen ökade med tiden för vissa kvinnor. Forskarna drog slutsatsen att det berodde på att överlevnaden prioriterades i början av sjukdomen, men att de i en senare fas när sjukdomen inte längre var akut började reflektera över sitt utseende och sin sexualitet. Vi kan tänka oss att denna slutsats är riktig då vi fått uppfattning av detta även i andra artiklar (33, 39). Vi kan även se ett samband med att kvinnor i början av sjukdomen objektifierar bröstet för att sedan, när de inser att de kommer att överleva, börjar reflektera över att deras existens och subjektiva "jag" är beroende av kroppen. Med reflektionerna kommer tankarna om hur den egna kroppen ser ut och därmed kan även skamkänslor uppkomma.

Det framkom att kvinnor som inte hade någon partner upplevde en sämre sexualitet och kroppsbild än de kvinnor som levde i ett stabilt förhållande (32, 33). Vi anser att sjuksköterskan bör vara speciellt uppmärksam på dessa kvinnor, då de inte har en partners stöd. De kan hända att de får stöd på annat håll som från exempelvis en vän, förälder eller syskon, men att sexualitet är ett så pass känsligt ämne att de inte samtalar om detta. Därför är det viktigt att sjuksköterskan visar stöd genom att ta upp ämnet och ge kvinnan möjlighet att samtala om detta. Förslag på hur sjuksköterskan kan inbjuda till detta samtal är att använda sig av öppningsfrasen *"Det är vanligt att kvinnor i din situation upplever förändringar i kroppsbild och sexualitet. Är detta något som du känner att du vill prata om?"*. Denna öppningsfras ger kvinnan möjlighet att själv bestämma om hon vill samtala med sjuksköterskan om sin sexualitet och kroppsbild eller inte.

Då det visade sig att partnern påverkade kvinnans välbefinnande (33, 34, 42) anser vi att det är viktigt att sjuksköterskan erbjuder samtalstillfällen där även kvinnans partner kan delta. Detta tror vi är viktigt för att partnern ska få större förståelse för de förändringar som kvinnan går igenom efter mastektomi samt hur detta kan påverka deras relation. Dessa samtal skulle kunna bidra till att partnern får mer kunskap om hur denne kan stödja kvinnan på bästa sätt.

Som tidigare nämnts har partnern inverkan på kvinnans välbefinnande efter en mastektomi. Det framkom dock inte i artiklarna (33, 34, 42) hur länge de hade varit i förhållandet. Det kan tänkas att längden på förhållandet har betydelse för hur cancersjukdomen påverkar relationen och för hur de hanterar situationen. Vi tror att det kan finnas en skillnad i om paret varit tillsammans i exempelvis 1 år eller 40 år. Kanske har ett par som varit tillsammans en längre tid skaffat sig strategier genom åren för att hantera svåra situationer. Detta kan medföra att partnern har lättare att stötta kvinnan. Det framkom att om partnern var stödjande och uppmuntrande upplevde kvinnorna ett större välbefinnande, starkare känslor av kvinnlighet och attraktivitet samt högre tillfredsställelse i förhållandet i jämförelse med om partnern inte var uppmuntrande och stödjande (42). Vi tänker att det kan finnas ett samband mellan graden av partnerns stöd och längden på förhållandet.

Ålder visade sig ha betydelse för upplevelsen av kroppsbilden och sexualiteten efter en mastektomi. Äldre kvinnor upplevde oftare att mastektomin inte var ett problem och att den inte påverkat dem i deras syn på sin sexualitet och kvinnlighet (33). Hälsan ansågs vara det viktigaste för ett fåtal (33, 38). En studie (36) visade att de flesta bröstcancerdrabbade kvinnorna hade en bra kroppsbild, medelåldern var 54,4 år vid studiens genomförande. Även om många äldre upplevde mastektomin som oproblematiskt och flera bröstcancerdrabbade hade en bra kroppsbild, fanns det kvinnor som kände sig negativt påverkade av mastektomin, sjuksköterskan måste därför alltid ha i åtanke att alla kvinnor är enskilda individer och därmed olika. Vi anser därför att all omvårdnad och kommunikation bör individanpassas och att den enskildes behov bör identifieras och tillgodoses. Detta stämmer även överens med Travelbees (29) kommunikationsteori.

Bröstcancerdrabbade kvinnor har ett behov av att få stöd och att samtala om kroppsbild och sexualitet med sjuksköterskan (38-40). I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska beskrivs det att sjuksköterskan ska ha en helhetssyn och vara respektfull, lyhörd och empatisk vid kommunikation med patienten (25). Även i ICN:s etiska kod för sjuksköterskor beskrivs det att det tillhör sjuksköterskans yrkesroll att hjälpa patienten att återställa hälsa och lindra lidande (24). Detta innebär alltså att sjuksköterskan ska ha en helhetssyn där både det medicinska perspektivet och omvårdnadsperspektivet tillämpas.

Patienterna i de artiklar (38-40) vi använt i resultatet upplevde ofta att sjuksköterskorna hade ett för medicinskt perspektiv, då fokus låg på den sexuella akten, och att omvårdnadsperspektivet, hur de skulle lära sig leva med förändringarna, saknades. Vi anser att båda perspektiven är viktiga och att en balans mellan dessa bör finnas. Sjuksköterskor behöver bli bättre på att möta och samtala med patienter om hur de kan lära sig leva med förändringar i sexualitet och intimitet och alltså inte enbart huruvida de kan genomföra ett samlag eller inte. Sjuksköterskan bör ha en förståelse för att sexualitet kan vara mer än reproduktion och för att alla individer har en sexualitet oavsett om de är sexuellt aktiva eller inte (19). WHO:s definition av sexualitet omfattar, förutom reproduktion, bland annat könsidentitet, sexuell läggning, erotik, njutning och intimitet (20). Vi anser att sjuksköterskan ska reflektera över sitt förhållningssätt till sexualitet för att fördjupa sin förståelse för de förändringar i sexualitet som patienter kan tvingas genomgå till följd av sjukdom.

I Karabulut & Ercis studie (40) framkom det att bröstcancerdrabbade kvinnor som genomgått en mastektomi hade ett behov av att få stöd avseende kvinnlighet och kroppsbild. Däremot framgick det inte specifikt vad detta stöd skulle bestå av. Därför bidrog inte denna artikel till en fördjupad kunskap om vilken form av stöd kvinnor är i behov av efter en mastektomi.

Resultatet visade att många patienter var missnöjda med bristen på information, stöd och praktiska strategier från sjuksköterskor avseende förändringar i sexualitet och kroppsbild (38, 39). Vissa patienter önskade få samtala med sjuksköterskor av samma kön och ålder, medan andra prioriterade sjuksköterskans öppenhet och vilja att diskutera sexualitet med dem (38). Då vi hela tiden kommunicerar med vår omgivning genom kroppsspråket kan patienter se om sjuksköterskan är öppen och villig att diskutera sexualitet och kroppsbild. Vi anser att man som sjuksköterska bör reflektera över sin egen inställning till att samtala om sexualitet och vilka signaler som skickas ut till patienten. Som Travelbee menade har sjuksköterskor olika färdigheter till att bedöma hur deras beteende påverkar andra människor (29). Det framkom även att somliga patienter litade på att sjuksköterskan skulle ta upp ämnet sexualitet om det var viktigt. Patienterna ville heller inte besvara eller generera sjuksköterskan med känsliga frågor (38). Som den svenska kartläggningen från 2006 visade, var det 80 % av sjuksköterskorna som inte tog sig tid och 60 % som kände sig osäkra på sin förmåga att samtala om ämnet (5). Vi tror att båda dessa faktorer kan leda till att ämnet inte kommer på tal även om patienten sitter inne med många frågor och funderingar. Som sjuksköterska är det viktigt att tänka på att det är dennes ansvar att ge patienten möjlighet att samtala om förändringar i sexualitet och kroppsbild, då det beskrivs i ICN:s etiska kod för sjuksköterskor att det tillhör yrkesrollen att återställa hälsa och lindra lidande (24).

Särskilt unga bröstcancerdrabbade kvinnor, som deltog i en studie från Kanada, upplevde att det inte fanns information och stöd anpassat för deras ålder och fas i livet även om de förväntade sig detta. Dessa kvinnor önskade att det skulle anordnas workshops där det kunde föras diskussioner kring bland annat sexualitet och dejting (39). I en annan studie (38) ville patienterna veta om de var normala och hur andra i deras situation hade hanterat förändringar i sexualitet och intimitet. Vi tycker att workshops är en god idé då det skulle ge kvinnorna en möjlighet att samtala med andra i samma situation vilket kan ge en känsla av gemenskap och normalitet. Detta skulle även ge dem möjligheten att ta del av varandras erfarenheter och strategier för att hantera olika situationer. Våra tankar är att workshops inte skulle ta mycket resurser från verksamheten och att detta skulle tjäna in medicinska och omvårdnadskostnader på andra områden, som exempelvis antidepressiva läkemedel, då det framkom i flera studier (33, 36, 37, 41) att kvinnorna som genomgått mastektomi kände oro och ångest. Framförallt

gynnas patienten. I Sverige finns bröstcancerföreningen Amazona (45) som erbjuder samtalsgrupper för alla bröstcancerdrabbade kvinnor men har även en särskild grupp för unga kvinnor under 46 år. Samtalsgrupperna är dock till en kostnad och kvinnorna får själva söka sig dit.

Då media ständigt exponerar oss för reklam som anspelar på sex och samhället har blivit öppnare för ämnet, anser vi att det är märkligt att vården inte har följt denna utveckling. Att prata om sex med patienter har länge varit tabubelagt. Fler och fler börjar dock få upp ögonen för vikten av att våga prata om detta. Sjuksköterskan Kicki Klaeson har skrivit en avhandling som heter *Sexuality in the aftermath of breast and prostate cancer: Gendered experiences*, där hon disputerat på patienters upplevelser av sin sexualitet efter behandling av bröst- och prostatacancer. Hennes slutsats är att vårdpersonal måste våga prata om sex med sina patienter (46). Detta visar att patienters sexualitet är ett aktuellt ämne.

Det behövs mer forskning om vilka behov bröstcancerdrabbade kvinnor har av stöd och kommunikation från sjuksköterskan beträffande sexualitet och kroppsbild efter en mastektomi. Just området mastektomi verkar vara outforskat och för att sjuksköterskor ska få verktyg för att kunna samtala och ge stöd på bästa tänkbara sätt behövs forskning ur ett patientperspektiv, där patienterna själva talar om vilka deras behov är.

## KONKLUSION

Sjuksköterskor fastnar ofta i ett medicinskt perspektiv där fokus ligger på överlevnad, men att drabbas av bröstcancer innebär så mycket mer. Sjuksköterskor behöver bli bättre på att se sitt ansvar i omvårdnadsperspektivet och att alla patienter har individuella omvårdnadsbehov.

Många bröstcancerdrabbade kvinnor som genomgått en mastektomi upplever flera förändringar i sexualitet och kroppsbild. Dessa förändringar kan vara upplevelser av minskad eller förlorad kvinnlighet, stympning och känslor av att inte vara sexig och attraktiv. Många upplever även skamkänslor över kroppen vilket kan leda till att levnadsvanor förändras och resulterar i att kvinnorna blir begränsade i sina klädval samt att de undviker att gå till offentliga platser, som exempelvis gymmet eller simhallen, som skulle tvinga dem att exponera det saknade bröstet. Att kvinnan har en stödjande och uppmuntrande partner gör att hon lättare kan hantera förändringarna. I motsats till de kvinnor som upplever en förändring finns det de kvinnor, ofta äldre än 60 år, som inte upplever mastektomin som problematisk, de anser att hälsan är viktigare än kroppsbilden och sexualiteten.

Efter en mastektomi är kvinnor i behov av stöd beträffande kroppsbild och sexualitet. Många är missnöjda med bristen på information och stöd från sjuksköterskan. Kvinnorna bör ges möjlighet att diskutera både hur de ska kunna genomföra ett samlag men även hur de ska lära sig leva med förändringarna i sexualitet och kroppsbild. Sjuksköterskan bör visa öppenhet och vilja till att samtala. Det ingår i sjuksköterskans yrkesroll att vårda hela patienten, återställa hälsa och lindra lidande. Det är alltså sjuksköterskans ansvar att initiera till samtal med patienten om sexualitet och kroppsbild. För att inbjuda till samtal kan sjuksköterskan använda sig av öppningsfrasen *"Det är vanligt att kvinnor i din situation upplever förändringar i kroppsbild och sexualitet. Är detta något som du känner att du vill prata om?"*.

Ytterligare forskning behövs inom området för att sjuksköterskan ska bli bättre på att ge stöd och kunna samtala om förändringar i sexualitet och kroppsbild med bröstcancerdrabbade kvinnor som genomgått mastektomi.



## REFERENSER

1. Gjertsen T. Omvårdnad vid bröstcancer. I: Reitan A M, Schölberg T (red.). Onkologisk omvårdnad. Patient – problem – åtgärd. Stockholm: Liber; 2003. s.318-335.
2. Bröstcancer. Onkologiskt Centrum; 2012. Hämtad 2012-03-07. Tillgänglig på: [http://www.vinkancer.se/sv/rccvast/Testsida/Brostcancer\\_ny/](http://www.vinkancer.se/sv/rccvast/Testsida/Brostcancer_ny/)
3. Nystrand A. Bröstcancer. Cancerfonden; 2012. Hämtad 2012-01-19. Tillgänglig på: <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Brostcancer/>
4. Cancer i siffror 2009. Cancerfonden; 2009. Hämtad 2012-01-20. Tillgänglig på: [http://www.cancerfonden.se/Global/Dokument/omcancer/cancer\\_i\\_siffror/Cancer\\_i\\_siffror\\_2009\\_ny.pdf](http://www.cancerfonden.se/Global/Dokument/omcancer/cancer_i_siffror/Cancer_i_siffror_2009_ny.pdf)
5. Saunamäki N, Andersson M, Engström M. Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. Journal of Advanced Nursing. 2010; 66(6): 1308-16.
6. Hulter B. Sexualitet. I: Edberg A-K, Wijk H (red.). Omvårdnadens grunder – hälsa och ohälsa. Lund: Studentlitteratur; 2009. s. 677-709.
7. Järhult J, Offenbartl K. Kirurgiboken: Vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar. Stockholm: Liber; 2006.
8. Sandelin K. Bröst. I: Hamberger B, Haglund U (red.). Kirurgi. Stockholm: Liber; 2009. s. 555-569.
9. Bergh J, Brandberg Y, Ernberg I, Frisell J, Fürst C J, Hall P. Bröstcancer. Stockholm: Karolinska Institutet University Press; 2007.
10. Holmberg L, Frisell J. Bröstsjukdomar. I: Jeppsson B, Naredi P, Nordenström J, Risberg B (red.). Kirurgi. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 571-590.
11. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer – beslutsstöd för prioriteringar. Socialstyrelsen; 2007. Hämtad 2012-01-20. Tillgänglig på: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8947/2007-102-9\\_200710291.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8947/2007-102-9_200710291.pdf)
12. Bergh J, Emdin S. Bröstcancer. I: Ringborg U, Dalianis T, Henriksson R (red.). Onkologi. Stockholm: Liber; 2008. s. 265-292.
13. Sköld Nilsson A. Bröstcancerboken – från besked till färdigbehandlad. Stockholm: Norstedts; 2010.
14. Medin J, Alexandersson K. Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.

15. Willman A. Hälsa och välbefinnande. I: Edberg A-K, Wijk H (red.). Omvårdnadens grunder – hälsa och ohälsa. Lund: Studentlitteratur; 2009. s. 27-43.
16. Birkler J. Filosofi och omvårdnad – Etik och människosyn. Stockholm: Liber; 2007.
17. Heidegger M. Varat och tiden. D. 1. Göteborg: Daidalos; 1993.
18. Bengtsson J. Sammanflätningar. Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi. Göteborg: Daidalos; 2001.
19. Hulter B. Sexualitet och hälsa. Lund: Studentlitteratur; 2004.
20. Defining sexual health - Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; 2006. Hämtad 2012-01-25. Tillgänglig på:  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)
21. Krueger D W. Psychodynamic Perspectives on Body Image. I: Cash T F, Pruzinsky T (red.). Body Image - A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice. New York: The Guildford Press; 2002. s. 30-37.
22. Striegel-Moore R H, Franko D L. Body Image Issues among Girls and Women. I: Cash T F, Pruzinsky T (red.). Body Image - A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice. New York: The Guildford Press; 2002. s.183-191.
23. Schölberg T. Förändrad kroppsbild. I: Reitan A M, Schölberg T (red.). Onkologisk omvårdnad. Patient – problem – åtgärd. Stockholm: Liber; 2003. s.88-97.
24. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Svensk sjuksköterskeförening; 2007. Hämtad 2012-01-31. Tillgänglig på:  
<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
25. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Socialstyrelsen; 2005. Hämtad 2012-01-30. Tillgänglig på:  
[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)
26. Fossum B. Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I: Fossum B. Kommunikation – Samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur; 2007. s. 23-39.
27. Reitan A M. Kommunikation. I: Reitan A M, Schölberg T (red.). Onkologisk omvårdnad. Patient – problem – åtgärd. Stockholm: Liber; 2003. s. 63-80.
28. Öhlén J. Berättelser (s)om vårdnade. I: Skott C (red.). Berättelsens praktik och teori – narrativ forskning i ett hermeneutiskt perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2004. s. 25-35.

29. Travelbee J. Mellommenneskelige forhold I sykepleie. Oslo: Gyldendal; 2001.
30. Östlundh L. Informationssökning. I: Friberg F (red.). Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006. s. 45-70.
31. Friberg F. Att göra en litteraturoversikt. I: Friberg F (red.). Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006. s. 115-124.
32. Fobair P, Stewart S L, Chang S, D'Onofrio C, Banks P J, Bloom J R. Body Image and Sexual Problems in Young Women With Breast Cancer. *Psycho-Oncology*. 2006; 15(7): 579-594.
33. Fallbjörk U, Salander P, Rasmussen B H. From "No Big Deal" to "Losing Oneself" – Different Meanings of Mastectomy. *Cancer Nursing*. 2011: 1-8.
34. Manderson L, Stirling L. The Absent Breast: Speaking of the Mastectomied Body. *Feminism & Psychology*. 2007; 17(1): 75-92.
35. Rosenblatt L. Being the monster: women's narratives of body and self after treatment for breast cancer. *Medical Humanities*. 2006; 32(1): 53-56.
36. Falk Dahl C A, Reinertsen K V, Nesvold I-L, Fosså S D, Dahl A A. A Study of Body Image in Long-Term Breast Cancer Survivors. *Cancer*. 2010; 116(15): 3549-3557.
37. Moreira H, Canavarro M C. A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *European Journal of Oncology Nursing*. 2010; 14(4): 263-270.
38. Hordern A, Street A. Issues of Intimacy and Sexuality in the Face of Cancer – The Patient Perspective. *Cancer Nursing*. 2007; 30(6): E11-E18.
39. Gould J, Grassau P, Manthorne J, Gray R E, Fitch M I. 'Nothing fit me': nationwide consultations with young women with breast cancer. *Health Expectations*. 2006; 9(2): 158-173.
40. Karabulut N, Erci B. Sexual Desire and Satisfaction in Sexual Life Affecting Factors in Breast Cancer Survivors After Mastectomy. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2009; 27(3): 332-343.
41. Manganiello A, Hoga L A K, Reberte L M, Miranda C M, Rocha C A M. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*. 2011; 15(2): 167-172.
42. Wimberly S R, Carver C S, Laurenceau J-P, Harris S D, Antoni M H. Perceived Partner Reactions to Diagnosis and Treatment of Breast Cancer: Impact on Psychosocial and Psychosexual Adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005; 73(2): 300-311.

43. Nationalencyklopedin. Hämtad 2012-03-05. Tillgänglig på: <http://www.ne.se/>
44. Svensk MeSH. Hämtad 2012-03-05. Tillgänglig på:  
[http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh\\_se.cfm](http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm)
45. Samtalsgrupp. Bröstcancerföreningen Amazona; 2011. Hämtad: 2012-03-06.  
Tillgänglig på: <http://www.amazona.se/samtalunga.asp>
46. Klaeson K. Sexuality in the aftermath of breast and prostate cancer: Gendered experiences. Linköping: Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings Universitet; 2011.

## BILAGA 1

### Artikelsökning

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Utvalda artiklars referensnummer
2012-01-16	Cinahl	Breast cancer AND sexuality AND mastectomy	Peer reviewed, research article, 2004-2011	21	11	41
2012-01-16	Cinahl	Breast cancer AND mastectomy AND body image	Peer reviewed, research article, 2004-2011, English	36	21	32, 34, 37, 40
2012-01-17	Cinahl	Mastectomy AND intimacy	Peer reviewed, research article, 2004-2011	2	1	0
2012-01-17	Cinahl	Mastectomy AND intimacy AND sexuality	Peer reviewed, research article, 2004-2011	1	0	0
2012-01-17	Cinahl	Mastectomy AND nursing	Peer reviewed, research article, 2004-2011, English	38	15	0
2012-01-17	Cinahl	Mastectomy AND nursing AND communication	Peer reviewed, research article, 2004-2011, English	3	2	0
2012-01-17	Cinahl	Mastectomy AND communication	Peer reviewed, research article, 2004-2011, English	21	10	0
2012-01-17	Cinahl	Mastectomy AND communication AND sexuality	Peer reviewed, research article, 2004-2011, English	1	1	0
2012-01-17	Cinahl	Mastectomy AND sexuality AND patient	Peer reviewed, research article, 2004-2011, English	5	3	0
2012-01-17	Cinahl	Mastectomy AND communication AND need	Peer reviewed, research article, 2004-2011, English	5	3	0
2012-01-17	Cinahl	Breast cancer AND communication AND sexuality	Peer reviewed, research article, 2004-2011, English	6	4	0
2012-01-17	Cinahl	Mastectomy AND body	Peer reviewed, research article,	3	1	0

		image AND communication	2004-2011, English			
2012-01-17	Cinahl	Mastectomy AND body image AND nursing	Peer reviewed, research article, 2004-2011, English	8	7	0
2012-01-17	Cinahl	Mastectomy AND experience	Peer reviewed, research article, 2004-2011, English	52	17	0
2012-01-17	Cinahl	Mastectomy AND sexuality AND information	Peer reviewed, research article, 2004-2011, English	2	1	0
2012-01-17	Cinahl	Mastectomy AND sexuality AND support	Peer reviewed, research article, 2004-2011, English	4	3	0
2012-01-17	Cinahl	Mastectomy AND body image AND support	Peer reviewed, research article, 2004-2011, English	11	7	0
2012-01-17	Cinahl	Mastectomy AND body image AND information	Peer reviewed, research article, 2004-2011, English	8	3	0
2012-01-17	Cinahl	Breast cancer AND sexuality AND care	Peer reviewed, research article, 2004-2011, English	20	10	0
2012-01-17	Cinahl	Body image AND care AND mastectomy	Peer reviewed, research article, 2004-2011, English	6	4	0
2012-01-17	Scopus	Mastectomy AND sexuality AND information	Article, 2004-2012, English	8	3	0
2012-01-17	Scopus	Mastectomy AND sexuality AND communication	Article, 2004-2012, English	10	7	35
2012-01-17	Scopus	Mastectomy AND body image AND communication	Article, 2004-2012, English	16	6	0
2012-01-18	Scopus	Mastectomy AND nursing AND communication	Article, 2004-2012, English	11	5	0
2012-01-18	Scopus	Mastectomy AND sexuality AND education	Article, 2004-2012, English	13	5	0

2012-01-26	SwePub	Mastectomy AND sexuality		1	1	33
2012-01-26	SwePub	Mastectomy AND body image		2	2	36
2012-01-26	Cinahl	Mastectomy AND sexuality NOT prophylactic	Peer reviewed, 2004-2012	35	9	0
2012-02-20	Cinahl	Mastectomy AND sexuality AND communication	Peer reviewed, research article, English	2	1	0
2012-02-20	Cinahl	Mastectomy AND body image AND communication	Peer reviewed, research article, English	4	1	0
2012-02-20	Cinahl	Mastectomy AND body image AND need	Peer reviewed, research article, English	10	2	0
2012-02-20	Vård i Norden	Mastectomy		2	0	0
2012-02-20	Vård i Norden	Breast cancer AND sexuality		2	0	0
2012-02-20	Vård i Norden	Breast cancer AND communication		8	0	0
2012-02-20	Vård i Norden	Breast cancer AND nursing		31	0	0
2012-02-20	Scopus	Mastectomy AND sexuality AND communication	Article	14	5	0
2012-02-20	Scopus	Mastectomy AND body image AND communication	Article	25	7	0
2012-02-20	PsycINFO	Mastectomy AND body image AND communication	Peer reviewed	5	2	0
2012-02-20	PsycINFO	Mastectomy AND sexuality AND communication	Peer reviewed	3	1	0
2012-02-20	PsycINFO	Mastectomy AND sexuality AND nursing	Peer reviewed	6	3	0
2012-02-20	PsycINFO	Mastectomy AND sexuality AND need	Peer reviewed	3	1	0

2012-02-20	PsycINFO	Mastectomy AND body image AND need	Peer reviewed	9	4	0
2012-02-20	PsycINFO	Mastectomy AND body image AND support	Peer reviewed	13	2	0
2012-02-20	PsycINFO	Breast cancer AND sexuality AND communication	Peer reviewed	15	5	0
2012-02-20	PsycINFO	Breast cancer AND body image AND communication	Peer reviewed	19	3	0
2012-02-20	PsycINFO	Breast cancer AND sexuality AND support	Peer reviewed	38	4	39



## BILAGA 2

### Artikelpresentation

Ref. nr.	Titel	Författare	Land, år	Syfte	Metod	Urval
32	Body Image and Sexual Problems in Young Women With Breast Cancer	Fobair P, Stewart S L, Chang S, D'Onofrio C, Banks P J, Bloom J R.	USA, 2006	Att fastställa frekvensen av problem med kroppsbild och sexualitet den första månaden efter behandling bland bröstcancerdrabbade kvinnor i åldern 50 år eller yngre.	Kvantitativ studie baserad på frågeformulär med svarsalternativ. Undersökningarna genomfördes inom 7 månader post-diagnos. Statistisk analys gjordes med $X^2$ -test och <i>t</i> -test.	549 bröstcancerdrabbade kvinnor i åldrarna 22-50 år. Alla kvinnor var gifta eller levde i stabila relationer.
33	From "No Big Deal" to "Losing Oneself" – Different Meanings of Mastectomy	Fallbjörk U, Salander P, Rasmussen B H.	Sverige, 2011	Att undersöka och beskriva hur kvinnor som förlorat ett bröst på grund av bröstcancer redogör för hur mastektomin påverkat deras liv och i detta sammanhang förstå deras reflektioner om bröstrekonstruktion.	Kvalitativ studie baserad på intervjuer med narrativ form. Intervjuerna genomfördes 4,5 år efter mastektomin. Data analyserades genom innehållsanalys inspirerad av den narrativa traditionen.	15 kvinnor med bröstcancer som genomgått mastektomi, 6 av dem hade även genomgått bröstrekonstruktion.
34	The Absent Breast: Speaking of the Mastectomied Body	Manderson L, Stirling L.	Australien, 2007	Att belysa hur bröstcancerdrabbade kvinnor som genomgått en mastektomi tänker kring och samtalar med vårdpersonal om en del av kroppen som inte längre existerar eller som på grund av kirurgi blivit förändrad.	Kvalitativ studie baserad på intervjuer och frågeformulär, den empiriska datan är från en större pågående studie. Data analyserades genom innehållsanalys.	20 bröstcancerdrabbade kvinnor som genomgått mastektomi deltog i intervjuerna. Ytterligare 18 kvinnor med bröstcancer som genomgått mastektomi svarade på frågorna i formuläret. Medelåldern på studiedeltagarna vid diagnos var 46,5 år och vid

						undersökningen 58 år.
35	Being the monster: women's narratives of body and self after treatment for breast cancer	Rosenblatt L.	USA, 2006	Att få en ökad förståelse för hur bröstcancer påverkar och förändrar kvinnors liv samt vad de vill samtala med vårdgivare om.	Kvalitativ studie baserad på intervjuer med 11 kvinnor, endast 4 av dessa redovisas i artikeln.	11 bröstcancerdrabbade kvinnor i åldrarna 37-76 år. Tiden mellan diagnos och intervju varierade från 2 till 20 år.
36	A Study of Body Image in Long-Term Breast Cancer Survivors	Falk Dahl C A, Reinertsen K V, Nesvold I-L, Fosså S D, Dahl A A.	Norge, 2010	Tre frågeställningar: 1. Vad karaktäriserar bröstcanceröverlevare med sämre kroppsbild i jämförelse med de med bättre kroppsbild? 2. Vilka demografiska data, psykosociala aspekter och behandlingsmetoder utvärderade 4 år post-diagnos förutsäger sämre kroppsbild 3 år senare? 3. Finns det signifikanta skillnader mellan bröstcanceröverlevare och jämnåriga kvinnor från den generella populationen avseende otillfredsställelse med kroppsbilden?	Kvantitativ studie baserad på frågeformulär. Undersökningar gjordes vid två tillfällen, första gången år 2004 och andra gången år 2007. Data analyserades med hjälp av det statistiska verktyget SPSS.	248 kvinnor, som hade haft bröstcancer någon gång mellan 1998 och 2002, besvarade frågeformulären både 2004 och 2007 och inkluderades därför i studien.
37	A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease	Moreira H, Canavarro M C.	Portugal, 2010	Att undersöka utvecklingen av olika kroppsbildsdimensioner hos bröstcancerdrabbade kvinnor från operationstillfället till 6 månader efter avslutad behandling.	Kvantitativ studie baserad på frågeformulär. Deltagarna besvarade frågorna vid två tillfällen: 2-4 dagar efter operation och 6 månader efter avslutad behandling. Data	56 bröstcancerdrabbade kvinnor över 18 år. 33 hade genomgått bröstbevarande kirurgi och 23 hade genomgått mastektomi.

					analyserades med hjälp av det statistiska verktyget SPSS.	
38	Issues of Intimacy and Sexuality in the Face of Cancer- The Patient Perspective	Hordern A, Street A.	Australien, 2007	Att undersöka hur patienter upplever att sexualitet och intimitet påverkas efter en cancerdiagnos samt vilket stöd de önskar från vårdpersonal.	Kvalitativ studie baserad på semistrukturerade intervjuer. Data analyserades genom öppen kodning.	50 personer som hade någon form av cancerdiagnos, 10 av dessa var bröstcancerpatienter. Deltagarnas ålder var 22-85 år och de hade fått sin cancerdiagnos <1-10 år före undersökningen.
39	'Nothing fit me': nationwide consultations with young women with breast cancer	Gould J, Grassau P, Manthorne J, Gray R E, Fitch M I.	Kanada, 2006	Att undersöka bröstcancerdrabbade kvinnors erfarenheter, behov av och rekommendationer om stöd och information relaterat till deras diagnos, behandling och överlevnad.	Kvalitativ studie baserad på 10 fokusgrupper. Data analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.	65 kvinnor vilka diagnostiserats med bröstcancer före eller vid 45 års ålder. Undersökningen gjordes 1-5 år post-diagnos och kvinnornas medelålder var då 41 år.
40	Sexual Desire and Satisfaction in Sexual Life Affecting Factors in Breast Cancer Survivors After Mastectomy	Karabulut N, Erci B.	Turkiet, 2009	Att undersöka effekterna av behandling, personliga karaktärsdrag och behov av stöd för femininitet och kroppsbild för bröstcancerdrabbade kvinnors sexuella lust och sexuella tillfredsställelse.	Kvantitativ studie med frågeformulär. Data analyserades med Pearson's product-moment correlation.	123 gifta kvinnor med bröst cancer som nyligen genomgått en mastektomi.
41	Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy	Manganiello A, Hoga L A K, Reberte L M, Miranda C M, Rocha C A M.	Brasilien, 2011	Att utvärdera den sexuella funktionen hos bröstcancerdrabbade kvinnor efter mastektomi, samt undersöka dess samband med bröstrekonstruktion, cancerstadium, adjuvanta behandlingar, kvinnornas livskvalitet samt kvinnornas och deras	Kvantitativ studie baserad på frågeformulär. Data analyserades med hjälp av det statistiska verktyget SPSS.	100 bröstcancerdrabbade kvinnor som genomgått en mastektomi för ett till och med två år sedan.

				partners personliga karaktäristiska.		
42	Perceived Partner Reactions to Diagnosis and Treatment of Breast Cancer: Impact on Psychosocial and Psychosexual Adjustment	Wimberly S R, Carver C S, Laurenceau J-P, Harris S D, Antoni M H.	USA, 2005	Att undersöka bröstcancerdrabbade kvinnors uppfattningar om hur deras partner reagerar på diagnos och behandling som påverkar 3 aspekter av kvinnans välbefinnande: psykosexuella anpassningar, emotionell stress och tillfredsställelse i partnerrelationen.	Studien var uppdelad i Studie 1 och Studie 2. Studie 1 är kvantitativ och baserad på frågeformulär. Studie 2 är kvalitativ och baserad på intervjuer en dag före operation samt 7-10 dagar, 3, 6 och 12 månader efter operation.	Studie 1: 170 kvinnor som genomgått kirurgisk behandling mot bröstcancer. Delatagarna var i åldrarna 31-82 år och alla var gifta eller i stabila förhållanden. Studie 2: 49 kvinnor som genomgått kirurgiskbehandling mot bröstcancer. Deltagarna var i åldrarna 28-74 år och alla var gifta eller i stabila förhållanden.