



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälsa- och vårdvetenskap

# Att förlora ett bröst

En litteraturstudie om kvinnors psykiska hälsa efter mastektomi

Författare:  
Klara Blomqvist  
Isabell Malmberg

Handledare:  
Anncarin Svanberg

Examinator:  
Ulrika Pöder

Examensarbete i vårdvetenskap, 15hp

Sjuksköterskeprogrammet 180hp  
2017

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Bröstcancer är den vanligaste cancertypen hos kvinnor, dock stiger överlevnadsprocenten allteftersom behandlingsalternativen utvecklas. Mastektomi har under lång tid varit standardbehandling men idag kan bröstbevarande kirurgi tillsammans med tilläggsbehandling vara lika effektivt, varför det är aktuellt att diskutera psykisk hälsa i relation till mastektomi. Denna studie är viktig för att den upplyser sjuksköterskor om detta område och skapar förutsättningar för ett gott bemötande och omhändertagande av dessa kvinnor.

**Syfte:** Syftet med denna studie är att undersöka om och hur kvinnors psykiska hälsa påverkas av att genomgå en mastektomi som kirurgisk behandling vid bröstcancer.

**Metodbeskrivning:** En allmän litteraturstudie. Sökningarna genomfördes i databaserna PubMed, Cochrane, Cinahl och PsychINFO. Totalt 14 vetenskapliga artiklar med kvalitativ och kvantitativ design inkluderades.

**Huvudresultat:** Psykisk ohälsa i form av depression och ångest är vanligt efter mastektomi och tycks vara sämre vid mastektomi jämfört med bröstbevarande kirurgi och/eller rekonstruktion. Däremot tycks depression och ångest minska över tid jämfört före och efter mastektomi. Kroppsbilden påverkas även negativt, mer efter mastektomi än bröstbevarande kirurgi och/eller rekonstruktion. Den psykosociala hälsan och livskvalitén ter sig också vara lägre hos dem som genomgått en mastektomi än den generella befolkningen.

**Slutsats:** Sammanfattningsvis har denna litteraturstudie visat att psykisk ohälsa är vanligt bland mastektomerade kvinnor. Mer forskning behövs inom området hur den psykiska hälsan förändras över tid hos kvinnor som genomgår mastektomi.

**Nyckelord:** Bröstcancer, mastektomi, känslor och mental störning

## **ABSTRACT**

**Background:** Breast cancer is the most common form of cancer among women today, however, the survival rate has increased due to the development of more effective treatment options. Mastectomy has for a long time been the standard treatment but today, breast conserving surgery along with adjuvant therapy is considered to be an equally good treatment. It is therefore necessary to discuss the effect mastectomy has on mental health in light of these new treatment options. This literature review is important because it may enlighten nurses on this topic and provides conditions for correct handling and care of post-operative women.

**Aim:** The purpose of this study is to investigate whether and how women's mental health is affected by undergoing mastectomy as surgical treatment for breast cancer.

**Method:** A general literature review. The searches were conducted in the databases PubMed, Cochrane, Cinahl and PsychINFO. A total 14 science articles with qualitative and quantitative design were included.

**Results:** Mental ill health, such as depression and anxiety, are common after undergoing a mastectomy and seems to be affected more negatively for those undergoing mastectomy than those undergoing breast conserving surgery and/or reconstruction. However, the mental ill health seem to decrease over time from before surgery to after. The body image is also affected negatively, more negatively after mastectomy compared to breast conserving surgery and/or reconstruction. The psychosocial health and quality of life appears to be lower than the general population.

**Conclusions:** This literature review finds that mental ill health are common among women that have undergone a mastectomy. More research is required in order to understand how mental health changes over time among women undergoing mastectomy.

**Key words:** Breast neoplasms, mastectomy, emotions and mental disorders

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	1
<b>Bröstcancer</b> .....	1
<b>Behandling</b> .....	1
<b>Mastektomi</b> .....	2
<b>Psykisk hälsa</b> .....	2
<b>Förändrad kropps bild</b> .....	3
<b>Sjuksköterskans roll</b> .....	4
<b>Samhälls perspektiv</b> .....	4
<b>Kunskapsläge</b> .....	5
<b>Teoretisk referensram</b> .....	6
<b>Problemformulering</b> .....	6
<b>Syfte</b> .....	6
<b>METOD</b> .....	7
<b>Design</b> .....	7
<b>Sökstrategi</b> .....	7
<b>Bearbetning och analys</b> .....	9
<i>Kvalitetsanalys</i> .....	9
<i>Resultatanalys</i> .....	10
<b>Forskningsetiska överväganden</b> .....	10
<b>RESULTAT</b> .....	10
<b>Depression</b> .....	11
<b>Ångest</b> .....	11
<b>Depression och ångest</b> .....	12
<b>Kropps bild</b> .....	13
<b>Psykosocial hälsa och Livskvalité</b> .....	15
<b>DISKUSSION</b> .....	15
<b>Resultatdiskussion</b> .....	16
<i>Depression</i> .....	16
<i>Ångest</i> .....	17
<i>Kropps bild</i> .....	18
<i>Psykosocial hälsa och Livskvalité</i> .....	18
<i>Teoretisk referensram</i> .....	19
<b>Metoddiskussion</b> .....	19
<i>Sökstrategi</i> .....	20

<i>Kvalitetgranskningsmallar</i> .....	21
<i>Etiskt övervägande</i> .....	21
<b>Slutsats</b> .....	21
<b>REFERENSER</b> .....	22
<b>BILAGA 1</b> .....	27

## **BAKGRUND**

### **Bröstcancer**

Hos kvinnor är den vanligaste cancertypen bröstcancer. Under den senaste tiden har överlevnadsprocenten stigit hos kvinnor som diagnostiserats med cancer på grund av de utvecklade behandlingsalternativen (Juvet et al., 2009). Bröstcancer är en tumör i bröstkörteln. Det tar oftast flera år från att mikroskopiska förändringar i bröstvävnaden har skett tills en kännbar knöl i bröstet uppstår. Denna typ av cancerform drabbar främst kvinnor över 60 år. Män kan även drabbas men detta är ovanligt (Myklebust Sorensen & Almås, 2011).

Överlevnad efter en bröstcancerdiagnos kan skilja beroende på hur utbredd canceren är, femårsöverlevnaden är 95 procent hos patienter med cancer begränsat till bröstet jämfört med de som har metastaser vid diagnostiken då den är 15 procent (Myklebust Sorensen & Almås, 2011). Då bröstcancer upptäcks tidigt är den i många fall möjlig att bota, vid sen upptäckt är mortaliteten hög. Därför är tillgång till vård av hög kvalitet som leder till tidig upptäckt och adekvat kirurgisk och medicinsk behandling av största vikt (Becker, 2015).

Risikfaktorer för att drabbas av bröstcancer är främst hög ålder, men även lågt antal havandeskap och låg förekomst av amning, vilket är en förklaring till varför bröstcancer är så vanligt i rika länder (Becker, 2015).

### **Behandling**

Sett ur ett historiskt perspektiv har bröstcancerbehandlingen förändrats. Innan 1970-talet dominerades bröstcancerbehandlingen av kirurgi och lokal strålbehandling, då det ansågs att canceren var en lokal sjukdom. När det framkom att dödsorsaken vanligen berodde på metastaser började användningen av tilläggsbehandling redan vid diagnostillfället, såsom neoadjuvant behandling vilket ges preoperativt, till exempel cytostatika och adjuvant behandling som ges postoperativt, till exempel hormoner och strålbehandling. Detta har medfört minskad mortalitet (Socialstyrelsen, 2015). Halseds radikala mastektomi var fram till 1960-talet standardbehandlingen, då hela bröstet togs bort, bröstmuskeln och även utrymning av lymfkörtlar i närheten av bröstet. Detta ingrepp medförde att många av kvinnorna fick både kosmetiska och funktionella problem (Järhult & Offenbartl, 2013).

Inför behandling tas ett beslut om cytostatika är nödvändigt och huruvida det ska ges som neoadjuvant eller adjuvant behandling. Beroende på tidpunkten för cytostatika och kirurgi bedöms om bröstbevarande kirurgi är möjligt eller om radikal mastektomi är nödvändigt. Vid bröstbevarande kirurgi ges strålbehandling som adjuvant behandling för att säkerställa att tumören avlägsnas (Becker, 2015).

Det finns olika typer av kirurgisk behandling vid bröstcancer. Det ena är sektorresektion/partiell mastektomi, också benämnt bröstbevarande kirurgi, då en del av bröstet tas bort där tumören sitter och övriga delen av bröstet bevaras. Det är lämpligt att göra detta ingrepp om storleken på tumören är mindre än 3-4cm. Den andra typen av kirurgiskt ingrepp är mastektomi (ablatio). Detta val beror på tumörens storlek, placering, storleken på bröstet och patientens egen önskan (Järhult & Offenbartl, 2013).

### **Mastektomi**

Mastektomi är ett kirurgiskt ingrepp där hela bröstkörteln avlägsnas och muskulaturen mellan bröstkorgen och bröstkörteln lämnas kvar. Lymfkörtlarna i armhålan tas även bort då cancerceller i armhålan upptäcks i den preoperativa fasen. Detta ingrepp kallas då modifierad radikaloperation (Myklebust Sørensen & Almås, 2011). Biverkningar från bröstcancerkirurgi kan vara smärta och obehag från axel-överarm, rörelseinskränkning i axeln, svullnad av armen och lymfödem vilket är mycket ovanligt idag men förekommer (Järhult & Offenbartl, 2013).

### **Psykisk hälsa**

WHO (2014) definierar psykisk hälsa som "Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community".

Psykisk ohälsa kan innefatta lindrigare psykiska besvär samt allvarigare symtom som uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos (Bremberg & Dalman, 2015). Det finns generellt ett samband mellan psykiatriska sjukdomar och kroppssjukdomar, till exempel kan depression och ångest öka risken för och förvärra kroppssjukdomar och vice versa.

Det finns många olika typer av depressioner. Den så kallade egentliga depressionen kännetecknas av nedstämdhet och/eller minskat intresse eller glädje under minst ett par veckor samt minst tre av följande symtom; viktnedgång eller viktuppgång, sömnstörning, agitation eller hämning, svaghetskänsla, känsla av att vara värdelös, minskad tanke- och koncentrationsförmåga och tankar på döden (Allgulander, 2014).

Ångest kan vara brett från normala reaktioner från kroppen så som spänningar och oro vid möte av fara eller hot till att det kan bli ett sjukligt tillstånd. Den kan vara absurd och ofattbar, skrämmande och kan ge negativa upplevelser som känsla av katastrof, kaos och kontrollförlust. Ångest kan vara ett enskilt symtom hos många psykiska sjukdomar, medan ångestsyndrom är ett psykiskt sjukdomstillstånd. Syndrom är en samling av symtom förekommer samtidigt utan hänsyn till orsak (Sjöström & Skärsäter, 2014).

Depression och ångest kan mätas med olika screeninginstrument. Några exempel är BDI (Beck Depression Inventory) som mäter grad av depressivitet hos barn och vuxna genom ett självskattningsformulär av olika symtom och graderas 0-63 (Socialstyrelsen, i.d.). HADS (Hospital Anxiety And Depression Scale) är ett självskattningsformulär som mäter graden av ångest och depression och graderas 0-21 separat (Snaith, 2003).

En tidigare studie av Burgess et al. (2005) visar att nära hälften av alla kvinnor med bröstcancer lider av depression, ångest eller båda ett år efter diagnos. Detta minskar dock med tiden. Riskfaktorer för långvarig depression, ångest eller båda var tidigare psykologisk behandling, avsaknad av nära relationer, ung ålder och tidigare problematik med stress. Kliniska faktorer tycks inte vara kopplat till depression och ångest.

### **Förändrad kroppsbild**

Patienter som behandlas för cancer kan ofta till följd av sjukdomen och/eller behandlingen få förändringar på kroppen och dess funktioner, vilket kan leda till en förändrad kroppsbild. Hos patienter som behandlats för cancer är de vanligaste upplevelserna av förändrad kroppsbild ändrad självuppfattning, missnöje över förändringar i utseende, minskad funktionsförmåga och psykisk stress över dessa förändringar av utseende och/eller funktion. Kirurgiska ingrepp till följd av cancer är framför allt orsak till förändrad kroppsbild, då detta ofta medför större förändringar på kroppen och dess funktioner (Rhoten, 2016).



## **Sjuksköterskans roll**

Sjuksköterskans huvudsakliga ansvar är att hjälpa människor i behov av vård. Detta ska göras på ett sätt som är präglat av respekt, medkänsla, lyhördhet, trovärdighet och integritet.

Patienten ska få information som är lämplig och korrekt för den enskilda individen, som ska ligga till grund för vård och behandling med patientens samtycke. Sjuksköterskornas etiska kod (2014) ger en etiskt handledande vägledning från samhällets värdegrund och behov. För att dessa koder skall nå sitt syfte behöver sjuksköterskan förstå syftet och ta med sig det i alla aspekter i sitt yrke (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Genom att informera och förbereda patienten om kroppsliga förändringar i utseende och funktion i god tid före behandling kan sjuksköterskan hjälpa patienten att anpassa sig till förändringen (Schjølberg, 2003). Sjuksköterskan måste också tillåta kvinnan att ge uttryck för sina känslor och få tid att vänja sig vid förändringen. Ett sätt kan vara att uppmuntra kvinnan till att se på vid omläggning av operationssåret, men detta måste ske utan påtryckning (Gjertsen, 2003).

Socialstyrelsen (2015) anser att med en kontaktsjuksköterska får patienten en individuellt anpassad och patientcentrerad cancervård och bättre resultat av behandlingen. En kontaktsköterska har som uppdrag att vara tillgänglig för patienten, informera om kommande vård, förmedla kontakt med andra professioner, ha ansvar för patientens allmänna omvårdnad och tidigt identifiera psykosociala behov och rehabiliteringsbehov.

## **Samhällsperspektiv**

I Sverige är det av alla nydiagnostiserade cancerfallen 30 procent som är bröstcancer, vilket gör den till den ledande tumörsjukdomen hos kvinnor. Varje år drabbas ca 8000 kvinnor. Incidensen har fördubblats medan mortaliteten har minskat med ca 30 procent sedan 1960. I Sverige är prognosen för bröstcancer god (Socialstyrelsen, 2015).

Tidig upptäckt och adekvat behandling är av största vikt för att minska mortaliteten vid bröstcancer, men detta kräver också stora resurser inom hälso- och sjukvården. Screening för bröstcancer såväl som kompetenta kirurger och lämpliga operationslokaler är kostsamt. Avancerad behandling, som till exempel lokal strålbehandling, kräver särskilda lokaler som sällan finns i hälso- och sjukvården i låginkomstländer (Ganz, 2008).

Socialstyrelsens (2015) mål är att alla patienter som har drabbats av bröstcancer skall erbjudas en kontaktsjuksköterska. Genom att det behövs utbildningsinsatser för uppföljning av kontaktsköterskor påverkar detta dock hälso- och sjukvårdens resursfördelning. På kort sikt kommer kostnaderna att öka med tanke på fler utbildningskostnader. Socialstyrelsen anser dock att denna kostnad kommer att minska på längre sikt då det skapar kontinuitet i vården och kortare vårdtider. Även kostnaden att investera i ny teknik, ökad kvalitet på utredningar och rätt behandling kommer att öka för hälso- och sjukvården under en kort period men anses plana ut på längre sikt i ett samhällsekonomiskt perspektiv (Socialstyrelsen, 2015).

### **Kunskapsläge**

Idag kan behandlingen av bröstcancer skräddarsys för den enskilda patienten, genom att kunskapen har ökat drastiskt kring patologin bakom sjukdomen och behandlingsalternativen. Det är numera känt att en radikal mastektomi inte alltid är nödvändigt utan att det kan räcka med att bara ta bort en liten del bröstvävnad. Kirurgin vid bröstcancer har blivit bättre genom att den medför mindre deformitet på kroppen idag än den gjorde för femtio år sedan. Däremot kan behandlingen vara mer komplex och pågå under en längre tid idag. Kvinnor är mer delaktiga i beslutsfattandet kring vården idag och det är känt att de har psykiska och sociala behov som också måste omhändertas (Ganz, 2008).

En bröstbevarande kirurgi, såsom lumpektomi, tillsammans med strålbehandling kan ge en lika fullgod behandling som mastektomi. En rapport visar att omfattningen av kirurgin har betydelse för kvinnors självbild och självuppfattning, som kan få fler effekter, och valet av kirurgisk behandling har ett starkt samband med psykisk hälsa. (Muñoz, 2010).

Tidigare studier visar att majoriteten av kvinnor med bröstcancer anpassar sig väl till diagnosen och utstår de ofta svåra och långa behandlingarna. En majoritet av kvinnorna lyckas även bibehålla en hög funktionsnivå och välmående efter avslutad behandling. Några vanliga problem som kvinnor med bröstcancer rapporterar är rädsla för återfall, förändrad självbild, sexuell dysfunktion, ångest, relationen med partnern, känsla av sårbarhet och existentiell oro över döden (Hewitt, Herdman & Holland, 2004).

## **Teoretisk referensram**

Joyce Travelbees (1971) teori handlar om omvårdnadens mellanmännsliga aspekter. Travelbee definierar omvårdnad som en process där den professionella vårdgivaren hjälper individ, familj eller samhälle att hantera upplevelser av sjukdom och lidande, och kanske även finna mening i dessa. Travelbee anser att sjuksköterskan skall hjälpa till i att förhindra lidande eller stå ut med sjukdom och lidande och upprätthålla god hälsa i livet. Detta kan göras indirekt och direkt. Hon anser även att sjuksköterskan har ett samhällsansvar och ska arbeta för att lösa hälsoproblem i samhället.

Travelbees (1971) utgångspunkt är att alla människor någon gång i livet får erfara sjukdom, lidande, ensamhet och död. Vissa människor blir aldrig bra från sin sjukdom utan får lära sig att leva med den resten av livet. Upplevelserna av sjukdomen är individuella och en förutsättning för att kunna hjälpa individen är att sjuksköterskan får en förståelse för hur individen uppfattar sin sjukdom. Sjuksköterskan ska inte bara hjälpa individen och familjen med att hantera sjukdomen utan även hjälpa dem, om möjligt, att hitta en mening med sjukdomen. Sjuksköterskor får lära sig om sjukdomars etiologi, symtom, behandling och omvårdnad och lär sig samtidigt att sjukdom är ett oönskat tillstånd som snabbt måste åtgärdas och botas. Detta är riktigt, menar Travelbee, men inte tillräckligt då många sjukdomar inte går att bota. Istället bör sjukdom ses som en naturlig och vanlig upplevelse i livet, utan att säga att det är önskvärt. Därför, menar Travelbee, att sjuksköterskan måste kunna hjälpa individen att hitta mening i sjukdom såväl som hjälpa individen att tillfriskna.

## **Problemformulering**

Det kan finnas olika reaktioner hos kvinnor som genomgått mastektomi. Det är därför viktigt att undersöka den psykiska hälsan efter mastektomi för att upplysa sjuksköterskor och skapa förutsättningar för ett bra bemötande och omhändertagande av dessa kvinnor. Eftersom det finns flera studier inom området är det användbart med en sammanställning av befintliga studier för att få en samlad bild av forskningsresultat.

## **Syfte**

Syftet med denna studie var att undersöka om och hur kvinnors psykiska hälsa påverkas av att genomgå en mastektomi som kirurgisk behandling vid bröstcancer.

## METOD

### Design

Syftet med litteraturstudier är att sammanställa evidensen inom ett visst ämne. De kan fungera enbart som informationskälla för andra, men också som underlag för fortsatt forskning och en hjälp för forskare att tolka sina resultat. Litteraturstudier bör alltid innefatta studier som är förstahandskällor, vilket betyder att författarna av studierna själva utfört dem (Polit & Beck, 2017). Därför valdes att bara inkludera originalartiklar i denna studie.

En allmän litteraturstudie, som i detta fall, grundas på ett systematiskt urval av texter inom ett avgränsat område. Den är därmed inte lika omfattande som en systematisk litteraturstudie, som kräver en ingående analys och sammanvägning av resultaten i en metaanalys (Friberg, 2017). En systematisk litteraturstudie ansågs inte vara möjligt i detta fall genom att det saknades tillgång till vissa studier.

I en allmän litteraturstudie är de ingående studierna inte avgränsade till antingen kvantitativa eller kvalitativa forskningsmetoder och analysen är inte lika ingående. Dock måste författare göra avgränsningar och val, oavsett studie, då det är omöjligt att omfatta all tillgänglig forskning. Därmed är det av stor vikt att författarna har ett kritiskt förhållningssätt i urvalet av studier och likaså genomläsningen (Friberg, 2017).

### Sökstrategi

Sökning av de vetenskapliga artiklarna genomfördes i databaserna PubMed, Cochrane, Cinahl och PsychINFO. De sökord som användes i databasen PubMed var Mesh-termerna *Breast neoplasms, Mastectomy, Emotions och Mental disorders*. I Cochrane användes fri text med sökorden *Emotion\* OR Mental disorder\* AND Breast AND (Neoplasm\* OR Cancer\* OR Tumor\*) AND Mastectomy\**. Här användes trunkering för att få flera olika varianter av begreppen. Trunkering innebär att ersätta början eller slutet av ett ord med en asterisk (Forsberg & Wengström, 2015). I CINAHL användes Headings-termerna *Breast neoplasms, Mastectomy, Emotions och Mental disorders*. I PsychINFO användes Headings-termerna *Emotions OR Mental disorders AND Mastectomy AND Breast neoplasms*.

Inklusionskriterierna för denna litteraturstudie var kvinnor, 18 år eller äldre, som har genomgått mastektomi i samband med bröstcancer. Språket på artiklarna skulle vara engelska

och vara originalartiklar. Studierna skulle vara publicerade mellan år 2007-2017. Artiklarna skulle vara tillgängliga ur de olika databaserna PubMed, Cochrane, Cinahl och PsychINFO. Exklusionskriterierna blev således män, kvinnor med bröstcancer som genomgått annan eller ingen bröstkirurgi, mastektomi med profylaktiskt syfte, att artiklarna är skrivna på andra språk än engelska eller litteraturstudier.

Första sökningen genomfördes 11/9-17 i PubMed vilket resulterade i 176 artiklar. Utifrån titlarna valdes 42 abstract att läsas. Efter genomläsningen av abstractet valdes 17 ut för att läsas i sin helhet. Andra sökningen gjordes 14/9-17 i Cochrane där resultatet blev 41 träffar varav inga av titlarna var relevanta till denna litteraturstudie. Tredje sökningen 14/9-17 gjordes i Cinahl vilket gav 35 träffar. Två abstract lästes efter utvald rubrik, efter genomläsning valdes två av dessa till att läsas i sin helhet som stämde i jämförelse med litteraturstudiens syfte. En av dessa artiklar var en dubblett från sökningen i PubMed 11/9-17.

Sista sökningen genomfördes i PsychINFO den 14/9-17 vilket gav 35 träffar. Efter genomläsning av titlarna valdes 4 abstract ut att läsas. Slutligen var det 3 av dessa artiklar som valdes ut till att läsas i sin helhet. Totalt valdes 17 artiklar ut till kvalitetsgranskning och möjlig inkludering. Sökningarna presenteras i Tabell 1.

Tabell 1: Sökresultat

Databas	Sökord, kombination av sökord (MeSH termer)	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal utvalda artiklar till granskningen
PubMed #1 2017-09-11	Emotions OR "Mental disorders" AND "Breast neoplasms" AND Mastectomy	176	42	17	13

Cochrane #2 2017-09-14	(Emotion* OR Mental disorder*) AND Breast AND (Neoplasm* OR Cancer* OR Tumor*) AND Mastectom*	41	0	0	0
Cinahl #3 2017-09-14	(Emotions OR Mental disorders) AND Mastectomy AND Breast neoplasms	48	2	2	2 (en dubblett)
PsychINFO #4 2017-09-14	(Emotions OR Mental disorders) AND Mastectomy AND Breast neoplasms	35	4	3	3

\*Begränsningar i PubMed: Publicerade år 2007-2017, Engelska

\*Begränsningar i Cochrane: Publicerade år 2007-2017

\*Begränsningar i Cinahl: Publicerade år 2007-2017, Exclude MEDLINE records

\*Begränsningar i PsychINFO: Publicerade år 2007-2017

## Bearbetning och analys

### *Kvalitetsanalys*

Efter genomläsning av artiklarna i sin helhet valdes 17 ut för kvalitetsgranskning. Tre artiklar valdes bort eftersom de hade låg kvalitet enligt författarna. 14 artiklar inkluderades i resultatet. Artiklarna granskades med hjälp av kvalitetsmallar för kvalitativa studier och observationsstudier framtagna av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2014). Kvalitetsmallarna fylldes i digitalt och olika delar av studien bedömdes separat och tillsammans i en slutgiltig bedömning. Artikeln bedömdes ha hög kvalitet om den hade låg eller ingen risk för systematiska fel (bias), och tvärtom låg kvalitet om det fanns hög risk för bias. Nivåerna för bias var låg, medelhög och hög risk. Den nivå som förekom flest gånger blev det slutgiltiga omdömet. Författarna valde att inkludera artiklar som bedömdes

ha låg eller medelhög risk för bias, därmed exkluderades de med hög risk. Exempel på dessa bias var stort bortfall och ej adekvat hantering av bortfallet samt ej standardiserade och/eller validerade mätmetoder.

### *Resultatanalys*

Resultaten av studierna redovisas kortfattat i en översiktstabell (Bilaga 1), där det mest väsentliga av resultatet framgår. Resultatanalysen gjordes enligt beskrivningen av Friberg (2017). De olika artiklarna jämfördes med varandra, likheter och skillnader lyftes fram i deras metod, analys och syfte. Slutligen jämfördes de olika artiklarnas resultat med varandra. Resultaten från de olika artiklarna sorterades under olika kategorier där de olika artiklarna refereras (Friberg, 2017).

### **Forskningsetiska överväganden**

Enligt Helsingforsdeklarationen (2013) ska etisk bedömning göras inom forskning för att värna om individen framför vetenskapens och samhällets intressen.

I denna litteraturstudie bedömdes det möjligt att inkludera artiklar där studiens genomförande anses etiskt försvarbart, även om de saknade etiskt godkännande. Alla utom en artikel var etiskt godkända av en etisk kommitté eller ansvarig utgivare. Alla artiklar i litteraturstudien har redovisats och dess resultat likaså (Forsberg & Wengström, 2016). Författarna har haft ett kritiskt förhållningssätt i urvalet av studier och likaså genomläsningen (Friberg, 2017).

### **RESULTAT**

Totalt var det 14 artiklar vars resultat sammanställdes i litteraturstudien. Två av dessa artiklar var kvalitativa med semistrukturerad intervjumetod (Piot-Ziegler, Sassi, Raffoul & Delaloye, 2010; Brunet, Sabiston & Burke, 2013). Resterande artiklar var kvantitativa (Khan et al., 2016; Kaminska et al., 2015; Aguilar et al., 2015; Feiten et al., 2014; Schubart et al., 2014; Giardini et al., 2013; Metcalfe et al., 2012; Keskin & Gumus, 2011; Fernández-Delgado et al., 2008; Gumus et al., 2010; Shin et al., 2016; Moreira & Canavarro, 2010). Resultatet har delats upp i olika underrubriker för att få en mer tydlig överblick av resultatet. Psykisk hälsa har delats upp i depression, ångest, kroppsbild och psykosocial hälsa och livskvalité. De flesta studier har använt sig av standardiserade och validerade mätmetoder, med undantag för de kvalitativa studierna som har använt semistrukturerad intervjumetod. I översiktstabellen presenteras en kort översikt av studiernas syfte, metod, resultat och kvalitet (Bilaga 1).

## Depression

Giardini et al. (2013) fann att det totala medelvärdet på depression hos mastektomerade kvinnor var 8,6, vilket motsvarar minimal depression på BDI. Detta liknar resultatet av Keskin och Gumus (2012) som visade att kvinnor som har genomgått en mastektomi hade ett medelvärde på BDI som motsvarar lindrig depression. En annan studie som också mätt depression med hjälp av BDI hos nydiagnostiserade med bröstcancer jämfört med genomförd mastektomi, visade dock att fler (76,3%) hade depression av nydiagnostiserade än mastektomerade (53,3%), dock framgår ej i vilken grad. Skillnaden mellan grupperna var inte statistiskt signifikant ( $p > 0,05$ ) (Aguilar et al., 2014). Detta stöds av Metcalfé et al. (2012) som visade genom mätning av depression i BSI (Brief Symptom Inventory) att medelvärdet hade sjunkit från 33.0 (0-65) före ingrepp till 29.2 (0-71) efter att ha genomgått en mastektomi. Likväl, i studien av Shin et al. (2016) som använt POMS (Profile of Mood State) och FPQLI (Ferrans and Powers Quality of Life Index), hade majoriteten av kvinnorna (45,5%) låga nivåer av depression, efter att de delat in kvinnorna i grupper genom klusteranalys. Dessa grupper var *moderate-positive-moderate-negative*, *high-positive-low-negative* och *low-positive-high negative*. Deras resultat visade även att låg ålder var en riskfaktor för att drabbas av negativa känslor efter en mastektomi och hög utbildning var en skyddande faktor.

Gumus et al. (2010) jämförde i sin studie mastektomi med bröstbevarande kirurgi och visade att en större andel som genomgått mastektomi (87%) hade lindrig depression enligt BDI jämfört med dem som genomgått bröstbevarande kirurgi (82%). Däremot fanns inget signifikant samband mellan typ av kirurgi och depression. Detta resultat stöds av Kaminska et al. (2015) där symtom på depression uppstod hos fler som genomgått mastektomi (38,9%) än dem som fått bröstbevarande kirurgi (29,7%). Medelvärdet för de som genomgått mastektomi var 8,04 enligt HADS vilket talar för att depression möjligen föreligger, jämfört med de som fått bröstbevarande kirurgi som hade 6,7 vilket ej talar för depression.

## Ångest

Kaminska et al. (2015) visade med hjälp av HADS att den totala nivån ångest hos kvinnor som genomgått mastektomi var 7.8 och 6.96 poäng hos kvinnor med bröstbevarande kirurgi, vilket ej talar för ångest. Mann-Whitney U-test bekräftar att skillnaden var signifikant ( $p < 0,01$ ). Däremot var det 38.4 % av kvinnorna med mastektomi som led av ångest och 30,4 % av de med bröstbevarande kirurgi. Detta överensstämmer delvis med Gumus et al. (2010)



som visade att det inte finns någon skillnad i ångest mellan grupperna som hade genomgått mastektomi respektive bröstbevarande kirurgi.

Fernández-Delgado et al. (2008) jämförde ångest med hjälp av HADS efter mastektomi med och utan rekonstruktion. Resultatet visar att ångest var vanligare efter mastektomi utan rekonstruktion. Det var 13,2 % av dem med mastektomi som fick poäng motsvarande att ångest troligtvis föreligger enligt HADS, i jämförelse med 7,2% med direkt rekonstruktion och 8,2% med senare rekonstruktion. Andelen av gruppen med direkt rekonstruktion som troligen kommer att få ångest var signifikant lägre än i mastektomigruppen (15,03% respektive 24,56%;  $p=0,05$ ). Vidare i studien av Metcalfe et al. (2012) som hade mätt ångest före och efter mastektomi med BSI formuläret var resultatet 38,3 (0-68) före ingreppet och 31,4 (0-77) efter ett år.

I den kvalitativa studien av Piot-Ziegler et al. (2010) rapporterar flera kvinnor smärta och ångest då de fick genomgå mastektomi i ung ålder. Några av dessa beskriver också ångest över att upptäcka den tomma platsen och äret som blivit kvar efter ingreppet. *'That was awful, awful. It is, it's, really. For days, weeks and months, I've taken my shower with my head turned away'* (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 491).

### **Depression och ångest**

Khan et al. (2016) använde standardiserade verktyg, ej specificerade, och studerade depression och ångest sammantaget. De visade att det var olika ångest- och depressionsnivåer i relation till åldern där de hade delat upp dem i fyra olika grupper. I gruppen 30-40 år hade 54,5 % allvarlig depression och ångest, 27,3 % moderat nivå och 18,2 % mild nivå. I gruppen 41-50 år hade 50 % allvarlig depression och ångest, 29,2 % moderat nivå och 16,6 % mild nivå och 4,2 % ingen depression eller ångest. I gruppen 51-60 år hade 58,3 % allvarlig depression och ångest, 30,5 % moderat nivå, 8,3 % och 2,9 % hade mild respektive ingen depression och ångest. I gruppen 61 och över hade 41,3 % allvarlig depression och ångest, 35,3 % moderat nivå, 11,7 % mild och 11,7 % ingen depression och ångest. I den totala gruppen hade 52,3 % allvarlig depression och ångest, 30,7 % moderat, 12,5 % mild och 4,5 % ingen (Khan et al., 2016).

Kaminska et al. (2015) använde mätinstrumentet HADS och fick resultatet att upplevd nivå av ångest och depression var högre hos kvinnor som genomgått en mastektomi jämfört med

de kvinnor som genomgått en bröstbevarande kirurgi. Resultatet visar även en positiv relation mellan höga nivåer av depression och höga nivåer av ångest. I studien av Fernández-Delgado et al. (2008) som även mätte depression och ångest med hjälp av HADS fann de att fler kvinnor som valt att göra mastektomi utan rekonstruktion visade symptom på depression och ångest än de som valt att göra någon rekonstruktion (42,98% respektive 30,03%;  $p=0.01$ ). Minst symptom på depression och ångest fanns hos den grupp kvinnor som valt att göra direkt bröstrekonstruktion och inte vänta på en senare rekonstruktion.

### **Kroppsbild**

Två studier undersökte kroppsbilden med hjälp av BIS (Body Image Scale) och bägge kom fram till att mastektomi påverkar kroppsbilden negativt (Aguilar et al., 2014; Keskin & Gumus, 2012). Resultatet av Keskin och Gumus (2012) visade även att det fanns ett positivt samband mellan depression och skattad kroppsbild, depressionen var mer omfattande hos dem med en negativ kroppsbild. I studien av Aguilar et al. (2014) framkom det vidare att 56,7 % av de som fått mastektomi uppgav att de hade en störd eller inkomplett kroppsbild jämfört med 53,3 % hos dem som fått diagnosen bröstcancer men ännu ej påbörjat behandling. I den grupp som hade genomgått mastektomi var resultatet i kategorin *tillfredsställelse över den nakna kroppen* mest negativ. De uppgav att de undvek att titta på ärret och visa det för andra.

Två andra studier handlar om kroppsbild vid mastektomi jämfört med bröstbevarande kirurgi (Moreira & Canavarro, 2010; Feiten et al., 2014). I studien av Moreira och Canavarro (2010), som undersökte detta över tid, visade resultatet att de patienter som hade genomgått mastektomi upplevde mer skam över kroppen och var mer missnöjda med resultatet än gruppen med bröstbevarande kirurgi. Skamkänslor över kroppen var det enda som signifikant ökade under tiden efter mastektomin. Även studien av Feiten et al., (2014) visar att de kvinnor som fått bröstbevarande kirurgi var mer nöjda med sitt utseende och behandlingen än de som fått mastektomi.

Studien av Fernández-Delgado et al. (2008) handlar om kroppsbild vid mastektomi med och utan rekonstruktion. En majoritet av kvinnorna som undergått rekonstruktion, 63,49 %, var nöjda/väldigt nöjda med resultatet medan bara 22,8 % av de utan rekonstruktion var nöjda ( $p=0.0001$ ). Nöjdast var de som gjort direkt bröstrekonstruktion, 68,62 %, jämfört med de som gjort en senare rekonstruktion, 56,36 % ( $p=0.04$ ). Majoriteten av dem utan någon rekonstruktion, 54,38 %, var missnöjda över det estetiska resultatet (Fernández-Delgado et

al., 2008). Denna studie fann också att 94,77 % av kvinnorna med direkt bröstrekonstruktion var nöjda med deras val av behandling, medan 87,27 % av dem med senare rekonstruktion och 56,14 % av dem utan rekonstruktion önskade att de hade valt att göra direkt bröstrekonstruktion (Fernández-Delgado et al., 2008). Detta stöds av Metcalfe et al. (2012) som fann att kvinnor som valt senare rekonstruktion kände mer kroppsstigma ( $p = 0.01$ ), kroppsbekymmer ( $p = 0.002$ ) och transparens ( $p = 0.002$ ) än kvinnor som genomgick mastektomi utan rekonstruktion eller med direkt rekonstruktion. I den grupp som valt att göra en direkt rekonstruktion efter mastektomi hade kroppsstigmat minskat vid 1-årsuppföljningen, medan den ökat hos dem som valt att göra ingen eller senare rekonstruktion ( $p=0.001$ ).

I de kvalitativa studierna skiljer sig deltagarnas upplevelser av en mastektomi åt (Brunet et al., 2013; Piot-Ziegler et al., 2010). I den av Brunet et al. (2013) berättar en kvinna att hon är optimistisk över att vara vid liv och att de förändringar hon drabbats av inte definierar henne. *'It's not the end of the world, it's just a breast. It doesn't make you a woman... The important thing was and is being alive.'* (Brunet et al., 2013, s. 348). I den andra studien studien av Piot-Ziegler et al. (2010) var några kvinnor inte så bekymrade av de fysiska och psykiska konsekvenserna av mastektomin när de frågades i början av intervjun, men beskrev senare ångest över att möta den förändrade kroppen på ett visuellt och sensuellt plan (Piot-Ziegler et al., 2010). Samtliga deltagare i studien av Piot-Ziegler et al. (2010) beskriver att cancer och cancerrelaterade behandlingar, däribland mastektomi, utmanar kroppsidentiteten. De framträdande upplevelserna som rapporterades var *hot mot feminitet/könsidentitet, skam över kroppen och asymmetri och obalans*. Flera kvinnor beskrev det som ett hot mot deras feminitet, att känna sig främmande för sin kropp och inte längre hel. Några kände sig alienerade från det som socialt förväntas av kvinnor - en feminin identitet och kropp - efter mastektomin (Piot-Ziegler et al., 2010).

Det framgick att då mastektomin gjordes i högre ålder ansågs förlusten inte så stor, inte det primära intresset. I slutändan är de glada att det hände dem nu (Piot-Ziegler et al., 2010). En kvinna vägde saknaden av ett bröst mot allvarligheten av sjukdomen, i likhet med upplevelsen från kvinnan i den föregående kvalitativa studien av Brunet et al. (2013).

Några beskrev att de upplevde asymmetri och obalans efter mastektomin och menade att de hellre haft båda brösten borttagna istället för ett. Samtliga kvinnor som gjort mastektomi

berättade att även om bröstrekonstruktion var möjligt skulle de aldrig känna sig som förut igen. Det skulle inte bli lätt att integrera det nya bröstet i kroppen (Piot-Ziegler et al., 2010).

Det framgick att flera skämdes över sin kropp efter mastektomin. Några var oroade över att andra skulle se att de saknade ett bröst även när de hade kläder på sig och ville heller inte visa deras överkropp för andra. Det upplevdes även som att mastektomin var som att gå tillbaka till barndomen innan de fysiska förändringarna skett vid puberteten. Samt att mastektomin var ett hinder för att bli mamma och att sjukdomen också var ett hot för döttrar (Piot-Ziegler et al., 2010).

### **Psykosocial hälsa och Livskvalité**

Det var en artikel som mätte mental hälsorelaterad livskvalité med SF-12 (Giardini et al., 2013). Resultatet visade att kvinnor efter mastektomi hade lägre poäng på MCS (Mental Component Summary) ( $p = 0.00001$ ), vilket innebär att de hade en något lägre mental hälsorelaterad livskvalité jämfört med den generella befolkningen. I SF-12 var det 67,7 % av kvinnorna som rapporterade bra/väldigt bra mental hälsa.

Schubart et al. (2014) visade att omfattande kirurgiska ingrepp (bilateral mastektomi vs. ensidig mastektomi vs. lumpektomi) hade samband med högre psykosocial stress. Resultatet av ET (Emotions Thermometer) var lite sämre hos de kvinnor som hade genomgått mastektomi jämfört med de som hade gjort en rekonstruktion, det var dock ej någon signifikant skillnad. Metcalfe et al. (2012) visade också att det ej fanns någon signifikant skillnad i psykosocial funktion mellan grupperna (mastektomi utan rekonstruktion och med direkt respektive sen rekonstruktion).

### **DISKUSSION**

Den samlade bilden från studierna visar att mastektomi leder till psykisk ohälsa i form av depression och ångest. Resultatet visar att psykisk ohälsa ökar med mer omfattande ingrepp som mastektomi jämfört med bröstbevarande kirurgi och/eller vid ung ålder samt vid utebliven rekonstruktion. Däremot minskar depression och ångest över tid i den studie som jämfört före och efter mastektomi. De studier som studerade förändringen av kroppsbild gav en samlad bild av att mastektomi påverkar kroppsbilden negativt. Endast en kvalitativ studies resultat visar att kroppsbilden inte påverkas nämnvärt (Brunet et al., 2013). Den psykosociala

hälsan och livskvalitén ter sig också vara lägre hos dem som genomgått en mastektomi än den generella befolkningen.

## **Resultatdiskussion**

### *Depression*

Depression är vanligt förekommande hos dem som genomgår mastektomi (Giardini et al., 2013; Keskin & Gumus, 2012; Aguilar et al., 2014; Shin et al., 2016; Gumus et al., 2010; Kaminska et al., 2015; Khan et al., 2016; Fernández-Delgado et al., 2008), trots det minskar depressionen över tid före ingreppet jämfört med efter ett år (Metcalfé et al., 2012). Kvinnor som är nydiagnostiserade med bröstcancer tenderar vara mer deprimerade än de som redan blivit behandlade med mastektomi (Aguilar et al., 2014). Med detta som bakgrund är det möjligt att depressionen orsakas av bröstcancerdiagnosen och inte i första hand mastektomin. I en tidigare studie av Burgess et al. (2005) framgår det att prevalensen av depression är dubbelt så hög hos nydiagnostiserade bröstcancerpatienter jämfört med övrig befolkning, vilket skulle kunna stödja detta. Khan et al. (2016) och Shin et al. (2016) visar att faktorer som ålder och utbildning påverkar depressionen efter mastektomi, vilket överensstämmer med en tidigare studie av Burgess et al. (2005) som visar att riskfaktorer för psykisk ohälsa är mer kopplat till personen i sig än sjukdomen eller behandlingen som ges. Flera studier visar dock att valet av kirurgisk behandling har betydelse för den psykiska hälsan postoperativt. Mastektomi medför mer depression än bröstbevarande kirurgi (Gumus et al., 2010; Kaminska et al., 2015; Schubart et al., 2014), vilket tyder på att val av behandling kan ha betydelse för den psykiska hälsan. Detta stöds även av tidigare fynd av Munöz (2010) och Al-Ghazal, Fallowfield & Blamey (2000). Detta är särskilt viktigt att beakta idag då det är känt att radikal mastektomi inte alltid är nödvändigt utan att det kan räcka med att ta bort en liten del bröstvävnad (Ganz, 2008). Vidare pekar resultaten på att rekonstruktion efter mastektomi förebygger psykisk ohälsa (Fernández-Delgado et al., 2008; Schubart et al. 2014), bara en studie visar ingen skillnad i psykosocial funktion (Metcalfé et al., 2012). Detta styrker även att kvinnor ska inkluderas i behandlingen och beslutsfattandet och att de bör bli erbjudna rekonstruktion. Resultatet gällande psykisk ohälsa var större än vi väntat, den skillnad som sågs mellan olika typer av kirurgier var också ett oväntat resultat.

Eftersom långvarig psykisk ohälsa ökar risken för somatiska sjukdomar, krävs det regelbunden somatisk uppföljning (Skärsäter, 2014). Det är viktigt som sjuksköterska att

fånga upp dessa personer i ett tidigt stadié i sin psykiska ohälsa. Detta styrker även Socialstyrelsens (2015) målnivå att alla som drabbas av bröstcancer skall bli erbjudna kontinuerlig kontakt med en kontaktsjuksköterska. Detta kommer troligtvis i längden att minska vårdtiden, vilket även kommer att resultera i samhällsekonomiska vinster i längden relaterat till att vårdtiderna minskar. Det gynnar också individen med en personlig kontakt som känner en och vet ens sjukdomsbakgrund, som individen känner förtroende för.

### *Ångest*

Denna studie visar att ångest är vanligt hos kvinnor efter mastektomi (Kaminska et al., 2015; Fernández-Delgado et al., 2008; Piot-Ziegler et al., 2010; Khan et al., 2016), vilket överensstämmer med en tidigare studie av Lim, Devi & Ang (2010) som säger att ångest är vanligt hos alla bröstcancerpatienter oavsett behandling. Vår litteraturstudie visar även att ångest tycks minska över tid från före ingrepp till efter (Metcalfé et al., 2012). En förklaring till detta kan vara att kvinnan haft tid att anpassa sig till sjukdomen, samt även känner lättnad över att ha fått behandling.

Resultatet visar även att ångest är vanligare efter mastektomi än bröstbevarande kirurgi (Kaminska et al., 2015; Schubart et al., 2014), bara en studie visar ingen skillnad mellan grupperna (Gumus et al., 2010). Detta stämmer överens med tidigare fynd som visar att kirurgiska ingrepp har samband med psykisk hälsa (Munõz, 2010; Lim, Devi & Ang, 2010). Ångest är även vanligare hos dem som gjort mastektomi utan rekonstruktion än dem med rekonstruktion (Fernández-Delgado et al., 2008; Schubart et al., 2014), vilket återigen betonar vikten av att involvera kvinnan i beslut rörande behandling. Resultaten motsäger till viss del resultat från en tidigare studie av Hewitt, Herdman & Holland (2004) som visade att en majoritet av kvinnorna bibehåller välmående efter avslutad behandling, men dock lyfter ångest som ett vanligt problem. En förklaring till detta kan vara att de utgått från välmåendet kvinnorna hade innan behandling med efter diagnostillfället, vilket då redan kan vara nedsatt på grund av cancerbeskedet. En förklaring kan också vara att den psykiska hälsan varierar beroende på vilken behandling som getts och förekomsten av eventuella fysiska biverkningar från kirurgin.

I den kvalitativa studien av Piot-Ziegler et al. (2010) beskriver kvinnorna att deras unga ålder bidrog till ångest efter mastektomin, vilket stämmer in på tidigare fynd av Burgess et al. (2005) som visar att riskfaktorer starkt är kopplat till personliga attribut framför sjukdomen

eller behandlingen. Burgess et al. menar att riskfaktorerna för depression och ångest i denna patientgrupp är desamma som för den övriga kvinnliga befolkningen; ung ålder, tidigare psykiska problem, ej cancerrelaterade svårigheter och avsaknad av socialt stöd.

### *Kroppsbild*

Bröstcancerbehandlingen har förändrats från att domineras av kirurgi och lokal strålbehandling, då det ansågs att cancern var en lokal sjukdom. Detta förändrades när det upptäcktes att metastaser ofta fanns redan vid diagnostillfället då tilläggsbehandling började ges vilket medförde en minskad mortalitet (Socialstyrelsen, 2015). Fram till 1960 - talet var Halseds radikala mastektomi standardbehandlingen vilket medförde både kosmetiska och funktionella problem (Järhult & Offenbartl, 2013). Trots att bröstcancerbehandlingen har förbättrats från detta och den idag medför mindre deformitet på kroppen (Ganz, 2008), är det vanligt att kroppsbilden påverkas negativt efter en mastektomi. Eftersom flera studier även visar att mastektomi utan rekonstruktion medför sämre kroppsbild än bröstbevarande kirurgi eller mastektomi med rekonstruktion (Moreira & Canavarro, 2010; Feiten et al., 2014; Fernández-Delgado et al., 2008; Metcalfe et al., 2012), betonas vikten av att involvera kvinnan i behandlingen och göra henne delaktig i beslutsfattandet. Schjølberg (2003) understryker också vikten av att sjuksköterskan informerar och förbereder patienten om kroppsliga förändringar i utseende och funktion i god tid före behandling, vilket kan hjälpa patienten att anpassa sig till förändringen. Gjertsen (2003) fortsätter och menar att sjuksköterskan måste tillåta kvinnan att ge uttryck för sina känslor och få tid att vänja sig vid förändringen. Med detta som bakgrund bedöms sjuksköterskan ha en viktig roll i att förbereda kvinnan på förändringen och hjälpa henne att hantera den förändrade kroppsbilden och kanske kunna förebygga negativa upplevelser.

### *Psykosocial hälsa och Livskvalité*

Den psykosociala hälsan och livskvalitén tycks vara sämre efter genomgången mastektomi jämfört med övriga befolkningen (Giardini et al., 2013). Schubart et al. (2014) visade även i sin studie att omfattningen av det kirurgiska ingreppet också tycks ha betydelse för den psykosociala hälsan då mer omfattande ingrepp som mastektomi medförde sämre psykosocial hälsa, vilket även stöds av tidigare fynd av Muñoz (2010). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2014) ska patienten få information som är lämplig och korrekt för den enskilda individen, som även ska ligga till grund för vård och behandling med patientens samtycke, vilket understryker vikten av att involvera patienten i valet av behandling då det

visats att detta kan påverka psykosocial hälsa och livskvalité. Detta kan även kopplas till en tidigare studie av Ganz (2008) som lyfter att psykiska och sociala behov måste omhändertas vid vården av bröstcancerpatienter.

### *Teoretisk referensram*

Resultatet i denna studie kan kopplas till Joyce Travelbees (1971) teori om omvårdnadens mellanmännsliga aspekter. Travelbee definierar omvårdnad som en process där den professionella vårdgivaren hjälper individ, familj eller samhälle att hantera upplevelser av sjukdom och lidande, och kanske även finna mening i dessa (Travelbee, 1971). I denna studie har det visats att kvinnor som har genomgått en mastektomi kan uppleva förändringar, både psykiska och kroppsliga förändringar. Den visar att psykiska ohälsa är högre hos dem med mastektomi jämfört med de som har genomgått bröstbevarande kirurgi (Gumus et al., 2010; Kaminska et al., 2015; Schubart et al., 2014). Travelbee (1971) menar att upplevelserna av sjukdomen är individuella och en förutsättning för att kunna hjälpa individen är att sjuksköterskan får en förståelse för hur individen uppfattar sin sjukdom. Eftersom mastektomi är en livslång konsekvens av bröstcancer är det något som dessa kvinnor måste lära sig att leva med. Travelbee (1971) hävdar att det är viktigt som sjuksköterska att man hjälper individen och familjen med coping och även, om möjligt, hjälper dem att hitta en mening med sjukdomen. Enligt Travelbee (1971) skall man som sjuksköterska kunna agera på de oönskade tillstånden som kan hända vid en sjukdom, som tagits upp i denna studie. Därför anser vi att denna studie är viktig eftersom den upplyser sjuksköterskor om måendet efter en mastektomi och skapar förutsättningar för ett gott bemötande och omhändertagande av dessa kvinnor.

### **Metoddiskussion**

Syftet med denna studie var att undersöka om och hur kvinnors psykiska hälsa påverkas av att genomgå en mastektomi som kirurgisk behandling vid bröstcancer. Till en början var tanken att göra en systematisk litteraturstudie. Men detta fick ändras då det inte visades vara möjligt att få tillgång till all litteratur i detta ämne. Därför valdes att ändra design till en allmän litteraturstudie. Detta kan vara en svaghet eftersom denna inte är lika omfattande som en systematisk litteraturstudie, som kräver en ingående analys och sammanvägning av resultaten i en metaanalys (Friberg, 2017). Forsberg & Wengström (2015) beskriver svagheterna med en allmän litteraturstudie, som att författarna har tillgång till en begränsad mängd relevant forskning och som att det är risk för selektivt urval om författarna väljer



studier som stödjer deras egen ståndpunkt och olika slutsatser kan dras i samma område beroende på författaren. Detta kan medföra en felaktig slutsats i studien. Trots riskerna med detta valdes att använda denna metod genom att arbetet skett objektivt. Både kvalitativa och kvantitativa studier har inkluderats. Detta är en styrka i denna studie då de kvantitativa studierna visade en statistisk data hur psykiska hälsan efter en mastektomi var medan de kvalitativa studierna medförde en mer personlig bild av den psykiska hälsan är hos kvinnorna efter en mastektomi. Svårigheter med detta är att sammanställa resultatet då typen av resultat skiljer sig beroende på vilken design studierna har. Några studier mätte depression och ångest tillsammans vilket kan göra dessa studiers resultat mer osäkert än resterande eftersom de två måtten inte nödvändigtvis följs åt. Vidare hade ett fåtal studier ett högre bortfall än önskat, enligt rekommendationerna från SBU, <30%, men valdes trots det att tas med på grund av en adekvat statistisk hantering av bortfallet. Vi har valt att inkludera resultat som ej varit statistiskt signifikant då det kan ha klinisk signifikans.

### *Sökstrategi*

Kriterierna var att enbart inkludera kvinnor som genomgått mastektomi relaterat till deras cancer och exkludera kvinnor som hade genomgått det i ett profylaktiskt syfte som var en nödvändig avgränsning relaterat till syftet till denna studie. Åldersgränsen sattes vid 18 år och uppåt då studien skulle fokusera på vuxna individers psykiska hälsa. Tidsgränsen 2007-2017 sattes då inte allt för gamla artiklar skulle inkluderas. Engelska som språk valdes då författarna till denna studie behärskar det språket. Vi anser att dessa val var bra då det gav en bred undersökningsgrupp. Det hade även varit intressant att undersöka kulturella variationer, och kanske ha en geografisk avgränsning, då vården kan se olika ut i olika länder.

Författarna till denna studie valde att använda MeSH-termer och Heading. Detta val gjordes på grund av att en MeSH-term innefattar många olika undergrupper vilket ger bredare utslag än fritext i sökningarna. MeSH-terminen *Mental disorders* valdes då både depression och ångest var undergrupper till denna term. Dock kanske mer positiva utslag kunde fås på sökningen om en mer neutral MeSH-term använts och detta kan i sin tur avspeglats på resultatet, vilket kan vara en svaghet i denna studie. Varför *mental disorders* valdes istället för till exempel *mental health*, var för att *mental health* visade sig vara ett för brett begrepp som berörde många omkringliggande aspekter som ej var relevanta för denna studie. Det breda utfallet av artiklar som sökningen gav med dessa sökord var däremot en styrka. Varför

databaserna PubMed, Cochrane, Cinahl och PsychINFO valdes var för att dessa var tillgängliga från Uppsala Universitet och ansågs relevanta för ämnet.

### *Kvalitetgranskningsmallar*

En svaghet i de använda kvalitetsgranskningsmallarna var att den ena mallen, för observationsstudier, inte var så väl anpassad för de ingående kvantitativa studierna då vissa frågor inte gick att tillämpa på dem. Exempel på detta var frågor om exponering över tid och villkor under exponering. Den andra mallen, för kvalitativa studier, var dock väl anpassad till de ingående kvalitativa studierna. En styrka i kvalitetsgranskningen var att de med hög risk för bias sorterades bort och endast de med medel eller låg risk användes.

### *Etiskt övervägande*

Forskningsetiska övervägande med denna studie var att inkludera artiklar som var godkända av en etisk kommitté eller att ansvarig utgivare endast publicerar etiskt godkända artiklar eller studier som anses etiskt försvarbara av författarna till denna studie. Författarna till denna studie har försökt att arbeta på ett objektiva sätt, neutralt och opartiskt till de inkluderade och exkluderade artiklarna.

### **Slutsats**

Denna studie visar att psykisk ohälsa är vanligt förekommande bland mastektomerade kvinnor. Studien visar även att psykisk ohälsa är vanligare efter detta ingrepp jämfört med andra kirurgiska ingrepp och/eller rekonstruktion. Däremot tycks den psykiska ohälsan minska över tid från före ingrepp till ett år efter, dock behövs mer forskning inom detta område. Framtida forskning skulle kunna fokuseras på den psykiska hälsan över tid från diagnostillfälle till efter avslutad behandling och kan med fördel göras med kohortstudier. Denna studies resultat kan upplysa sjuksköterskor om den psykiska hälsan efter mastektomi och på så vis skapa förutsättningar för ett gott bemötande och omhändertagande av dessa kvinnor.

## REFERENSER

Aguilar Cordero, MJ., Mur Villar, N., Neri Sánchez, M., Pimentel-Ramírez, ML., García-Rillo, A. & Gómez Valverde, E. (2014). Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City. *Nutricion Hospitalaria* 31(1),371-379. doi: 10.3305/nh.2015.31.1.7863.

Al-Ghazal, S.K., Fallowfield, L & Blamey, R.W. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36(15):1938-43. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049\(00\)00197-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049(00)00197-0)

Allgulander, C. (2014). *Klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur. 3:e upplagan.

Becker, S. (2015). A historic and scientific review of breast cancer: The next global healthcare challenge. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 36-39. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.03.015.

Bremberg, S. & Dalman, C. (2015). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga: Kunskapsöversikt*. FORTE: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. Hämtad 4 sep 2017 från <http://forte.se/app/uploads/2014/12/kunskapsoversikt-begrepp.pdf>

Brunet J., Sabiston, C.M. & Burke, S. 2013. Surviving breast cancer: Women's experiences with their changed bodies. *Body Image*, 10(3): 344-351. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.02.002.

Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study, *BMJ*, 330(7493):702. doi : 10.1136/bmj.38343.670868.D3.

Feiten, S., Dünnebacke J., Heymanns, J., Köppler, H., Thomalla, J., van Roye C,... Weide, R. (2014). Breast cancer morbidity: questionnaire survey of patients on the long term effects of disease and adjuvant therapy. *Deutsches Ärzteblatt*, 111(31-32):537–544. doi: 10.3238/arztebl.2014.0537.

Fernández-Delgado, J., López-Pedraza, M.J., Blasco, J.A., Andradas-Aragones, E., Sánchez-Méndez, J.I., Sordo-Miralles, G. & Reza, M.M. 2008. Satisfaction with and psychological impact of immediate

and deferred breast reconstruction. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 19(8):1430-4. doi: 10.1093/annonc/mdn153.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författaren Natur och Kultur. 4:e upplagan.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg. (Red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 141-152). Lund: Studentlitteratur.

Ganz, P. (2008). Psychological and Social Aspects of Breast Cancer. *Oncology*, 22(6), 642-6, 650. ISSN: 0890-9091.

Giardini, A., Pisoni, C., Giorgi, I., Borelli, V., Scoccia, E. & Majani, G. 2013. ICF, quality of life, and depression in breast cancer: perceived disability in disease-free women 6 months after mastectomy. *Support Care Cancer*, 21( 9), 2453–2460. doi: 10.1007/s00520-013-1794-7.

Gjertsen, T. (2003). Omvårdnad vid bröstcancer. I A. Reitan & T. Schölberg. (Red.). *Onkologisk omvårdnad: Patient-problem-åtgärd* (ss. 318-323). Stockholm: Liber.

Gumus, M., Ustaalioglu, O.B., Garip, M., Kiziltan, E., Bilici, A., Seker, M,...Turhal S.N. (2010). Factors that Affect Patients' Decision-Making about Mastectomy or Breast Conserving Surgery, and the Psychological Effect of this Choice on Breast Cancer Patients. *Breast Care*, 5(3):164-168. doi: 000314266.

Hewitt, M.E., Herdman, R. & Holland, J.C. 2004. Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. *National Academies Press*. doi: 10.17226/10909

Juvel, L.K., Elvasaas, I-K., Leivseth, G., Anker, G., Bertheussen, G., Falkmer, U,...Norderhaug, I.N.(2009) *Rehabilitation of breast cancer patients*. Norwegian knowledge center for the health service, rapport nr.2. ISSN 1890-1298.

Järhult, J & Offenbartl, K. (2013). Bröstkirurgi. I J. Järhult & K. Offenbartl. (Red.) *Kirurgiboken, Vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar* (ss.396-418). Stockholm: Liber

Kamińska, M., Kubiowski, T., Ciszewski, T., Czarnocki, KJ., Makara-Studzńska, M., Bojar, I. & Starosławska, E. (2015). Evaluation of symptoms of anxiety and depression in women with breast

cancer after breast amputation or conservation treated with adjuvant chemotherapy. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22(1), 185–189. doi:10.5604/12321966.1141392.

Keskin, G. & Gumus, A.B. 2011. Turkish hysterectomy and mastectomy patients - depression, body image, sexual problems and spouse relationships. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 12(2):425-32. ISSN: 1513-7368.

Khan, S., Khan, NA., Rehman, AU., Khan, I., Samo, KA. & Memon, AS. (2016). Levels of Depression and Anxiety Post-Mastectomy in Breast Cancer Patients at a Public Sector Hospital in Karachi. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(3), 1337-1340. doi: 10.7314/APJCP.2016.17.3.1337

Lim C.C., Devi M.K. & Ang E. (2010). Anxiety in patients with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *JBI library of systematic reviews*, 8(25), 1016-1057. ISSN: 1838-2142.

Metcalf, KA., Semple, J., Quan, ML., Vadaparampil, ST., Holloway, C., Brown, M,... Narod, SA. (2012) Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction. *Annals of Surgical Oncology* 19(1), 233–241, doi: 10.1245/s10434-011-1828-7.

Moreira, H. & Canavaro, M.C. 2010. 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: the Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 14(4):263-70. doi: 10.1016/j.ejon.2010.04.001.

Muñoz, M. (2010). Quality of life during treatment in young women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 123(1), 75-77. doi: 10.1007/s10549-010-1061-2.

Myklebust Sørensen, E & Almås, H. (2011). Omvårdnad vid bröstcancer. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Gronseth. (Red.). *Klinisk omvårdnad 2* (ss. 439-454). Stockholm:Liber.

Piot-Ziegler, C., Sassi, ML., Raffoul, W. & Delaloye, J.F. 2010. Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: a qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 15(Pt 3):479-510. doi: 10.1348/135910709X472174.

Polit, D. & Beck, C. (2017). *Essentials of nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 9:e upplagan.

Rhoten, B. (2016). Body image disturbance in adults treated for cancer – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 965–1216. doi: 10.1111/jan.12892.

Schubart, JR., Emerich, M., Farnan, M., Stanley Smith, J., Kauffman, GL. & Kass, RB. 2014. Screening for psychological distress in surgical breast cancer patients. *Annals of Surgical Oncology* 21(10), 3348–3353. doi: 10.1245/s10434-014-3919-8.

Schjølberg, T.Kr. (2003). Förändrad kroppsbild. I Reitan, M.A. & Schjølberg, T.Kr. (Red.) *Onkologisk omvårdnad, Patient- problem- åtgärd* (ss. 88-97). Stockholm: Liber.

Shin, K., Ganotice, F.A., Downing, K., Yip, L.W., Han, F., Yeo, W.,... Leung, K. (2016). Profile of mood states and quality of life of Chinese postmastectomy women in Hong Kong: Integrating variable- and person-centered approaches. *Health Care for Women International*, 37(8):906-21. doi: 10.1080/07399332.2016.1140170.

Sjöström, M. & Skärsäter, I. (2014). Ångestsyndrom. I I. Skärsäter. (Red.) *Omvårdnad vid psykiska ohälsa - på grundläggande nivå* (ss.77-98). Lund: Studentlitteratur.

Skärsäter, I. (2014). Psykisk ohälsa. *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (2. uppl., ss. 611–644). Lund: Studentlitteratur.

Snaith, R.P. (2003). The Hospital Depression And Anxiety Scale. *Health Qual Life Outcomes* 1(29). doi: 10.1186/1477-7525-1-29.

Socialstyrelsen. (i.d.). *BDI (Becks Depression Inventory)*. Socialstyrelsen. Hämtad 2 nov 2017 från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenfor-socialt arbete/bdi>

Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård, Stöd för styrning och ledning*. Socialstyrelsen. Hämtad 4 sep 2017 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19383/2014-4-2.pdf>

Statens beredning för medicinska utvärdering. (2014). *Utvärdering av metod i hälso- och sjukvården, en handbok*. Stockholm: SBU. Hämtad 4 sep 2017 från <http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm : Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 4 sep 2017 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk->

sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-  
publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\_2014.pdf

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company. 2:a  
upplagan.

World Health Organization.(2014). *Mental health: a state of well-being*. World Health Organization.  
Hämtad 12 sep 2017 från [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

WMA The World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for  
Medical Research Involving Human Subjects*. WMA The World Medical Association. Hämtad 12 sep  
2017 från [https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-  
medical-research-involving-human-subjects/](https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/)

## BILAGA 1

Översiktstabell

Författare, år, land	Titel	Syfte	Design	Deltagare, bortfall	Resultat	Kvalitet/Evidensgrad
Khan S, Khan NA, Rehman AU, Khan I, Samo KA, Memon AS. 2016. Pakistan.	Levels of Depression and Anxiety Post-Mastectomy in Breast Cancer Patients at a Public Sector Hospital in Karachi.	Undersöka förekomsten av ångest och depression hos kvinnor som genomgått mastektomi i Pakistan.	Observation, tvärsnittsstudie . Mätning gjordes inom tre dagar efter operation med standardiserat verktyg (ej specificerat).	88 deltagare, 0% bortfall.	Deltagarna har delats upp i fyra ålderskategorier . Nivån av depression och ångest var hög i samtliga grupper.	Medel
Kamińska M, Kubiatołowski T, Ciszewski T, Czarnocki KJ, Makara-Studzińska M, Bojar I, Starosławski A E. 2015. Polen.	Evaluation of symptoms of anxiety and depression in women with breast cancer after breast amputation or conservation treated with adjuvant chemotherapy.	Mäta ångest och depression hos kvinnor med bröstcancer som genomgått mastektomi eller bröstbevarande kirurgi.	Observation, tvärsnittsstudie . Mätning gjordes efter operation under pågående adjuvant behandling med HADS och BDI. Analys gjordes med U Mann-Whitney and Kolmogorov-Smirnov, Chi-2 test.	179 deltagare, 0% bortfall.	Nivån av ångest och depression var högre hos patienter med mastektomi jämfört med bröstbevarande kirurgi.	Hög
Aguilar Cordero MJ, Mur Villar N, Neri Sánchez M, Pimentel-Ramírez ML, García-Rillo A, Gómez Valverde E. 2014. Mexico.	Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City.	Undersöka om det finns ett samband mellan kroppsbild och depression hos kvinnor med bröstcancer.	Observation, tvärsnittsstudie. Mätning gjordes vid diagnostillfället resp. efter operation med Hopwood's Body Image Scale (BIS) och BDI. Analys gjordes med SPSS 18.0.	120 deltagare, 0% bortfall.	53,3% hade depression efter en mastektomi jämfört med 76,3% av de nydiagnostiserade. Dock ingen signifikant skillnad. 56,7 % hade en störd kroppsbild jämfört med 53,3% av de som fått diagnos men ej behandling.	Hög



Feiten S, Dünnebacke J, Heymanns J, Köppler H, Thomalla J, van Roye C, Wey D, Weide R. 2014. Tyskland.	Breast cancer morbidity: questionnaire survey of patients on the long term effects of disease and adjuvant therapy.	Undersöka om sjukdom och behandling påverkar livet hos kvinnor med bröstcancer.	Observation, tvärsnittsstudie. Mätning gjordes efter operation under pågående adjuvant behandling med standardiserade verktyg. Analys gjordes med SPSS 19.	734 deltagare, 30% bortfall.	Kvinnor med mastektomi var mindre nöjda med resultatet än de som fått bröstbevarande kirurgi och kände sig mindre attraktiva.	Hög
Schubart JR, Emerich M, Farnan M, Stanley Smith J, Kauffman GL, Kass RB. 2014. USA.	Screening for psychological distress in surgical breast cancer patients.	Mäta nivån av patienters emotionella stress och mäta effekten av ET-screening i verksamheten.	Observation, tvärsnittsstudie. Mätning gjordes 0,02-19,5 år efter diagnos med ET. Analys med Wilcoxon, Kruskal-Wallis och Spearmans korrelationstest.	146 deltagare, 2% bortfall.	Nivån av psykosocial stress var högre hos dem som genomgått omfattande kirurgi (bilateral/unilateral mastektomi vs. lumpektomi).	Medel.
Giardini A, Pisoni C, Giorgi I, Borelli V, Scoccia E, Majani G. 2013. Italien.	ICF, quality of life, and depression in breast cancer: perceived disability in disease-free women 6 months after mastectomy.	Undersöka livskvalité, sinnesstämning och vardagsliv påverkas hos kvinnor sex månader efter mastektomi.	Observation, tvärsnittsstudie. Mätning gjordes sex månader efter operation med BDI, Short-Form Health Survey-12 (SF-12) och ICF Checklist. Analys gjordes med t-test och SPSS 11.0.	65 deltagare, 0% bortfall.	Medelvärde på BDI II var 8,6, minimal depression. 18,4% hade depression över det normala. Försämrad förmåga i relationer. SF-12 visade en lägre mental hälsa-relaterad livskvalité jämfört med generella populationen.	Hög

Metcalfe KA, Semple J, Quan ML, Vadaparampil ST, Holloway C, Brown M, Bower B, Sun P, Narod SA. 2012. Canada.	Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction.	Rapportera förändringar i psykosocial funktion hos kvinnor som genomgått mastektomi utan rekonstruktion, med direkt rekonstruktion och försenad rekonstruktion.	Observation, longitudinell kohortstudie. Mätning gjordes preoperativt och ett år efter operation med QLI, BIBC, IES, BSI och SAQ. Analys gjordes med Chi-2-test och SAS.	158 deltagare, 16,8% bortfall.	Det var ingen signifikant skillnad i psykosocial funktion mellan de tre grupperna vid 1-års uppföljningen. Depression och ångest hade minskat i mastektomigruppen.	Hög
Keskin G, Gumus AB. 2011. Turkiet.	Turkish hysterectomy and mastectomy patients - depression, body image, sexual problems and spouse relationships.	Jämföra två olika grupper: hysterektomi och mastektomi och hur kroppsuppfattning, depression, sexualitet och kärleksrelationer påverkas.	Observation, tvärsnittsstudie. Mätning gjordes efter operation med BDS, BIS, DAS GRISS och Socio-Demographic Data Form. Data analyserades i "One-sample Kolmogorov Smirnov test".	94 deltagare, 8% bortfall.	De som genomgått mastektomi hade depressiva symtom och problem med förändrad kroppsbild. Depression hade en negativ inverkan på relationer.	Hög
Piot-Ziegler C, Sassi ML, Raffoul W, Delaloye JF. 2010. Great Britain.	Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: a qualitative study.	Försöka förstå hur kvinnor upplever att genomgå en mastektomi och dess påverkan på kroppsuppfattning.	Kvalitativ forskningsmetodik, semi-strukturerade intervjuer. I samband med mastektomi (före/efter), under rekonstruktion och efter.	19 deltagare, 0% bortfall.	Mastektomi medför upplevelser av förändrad kroppsbild och självuppfattning.	Hög
Fernández-Delgado J, López-Pedraza MJ, Blasco JA, Andradas-Aragones E, Sánchez-Méndez JI, Sordo-Miralles G, Reza MM. 2008. Spanien.	Satisfaction with and psychological impact of immediate and deferred breast reconstruction.	Undersöka den psykologiska effekten av mastektomi utan bröstrekonstruktion, med direkt bröstrekonstruktion och förskjuten bröstrekonstruktion.	Observation, retrospektiv tvärsnittsstudie. Mätning gjordes sex månader efter med HADS. Analys gjordes med Chi-2-test och SPSS.	377 deltagare, 28% bortfall.	Majoriteten av de som hade gjort mastektomi var missnöjda över det estetiska resultatet. De som gjort mastektomi utan rekonstruktion hade större psykologiska problem än resterande.	Medel

Gumus, M., Ustaalioglu, O.B., Garip, M., Kiziltan, E., Bilici, A., Seker, M., Erkol, B., Salepci, T., Mayadagli, A. & Turhal S.N.2010. Turkiet.	Factors that Affect Patients' Decision-Making about Mastectomy or Breast Conserving Surgery, and the Psychological Effect of this Choice on Breast Cancer Patients	Jämföra förekomst av depression hos patienter som genomgått mastektomi respective bröstbevarande kirurgi.	Observation, tvärsnittsstudie . Mätning gjordes efter operation med SCID och BDI. Analys gjordes med Chi-2-test, Mann-Whitney U test och SPSS 13.0.	100 deltagare, 0% bortfall.	Flera som hade gjort mastektomi hade mild depression ända som gjort bröstbevarande kirurgi. Det fanns inget signifikant samband mellan typ av kirurgi och depression eller ångest.	Hög
Shin K, Ganotice FA, Downing K, Yip LW, Han F, Yeo W, Suen JJ, Lee KM, Ho SS, Soong SI, Wong KY, Kwok CC, Leung K. 2016. Hong Kong.	Profile of mood states and quality of life of Chinese postmastectomy women in Hong Kong: Integrating variable- and person-centered approaches	Få bättre förståelse för post-mastektomiserade kvinnors sinnesstämning och identifiera kluster av dessa.	Observation, tvärsnittsstudie . Mätning gjordes efter operation med POMS, FPQLI. Analys gjordes med "cluster", Ward's method, one-way MANOVA.	200 deltagare, 0% bortfall.	Den största gruppen Kluster 3 (45,5%) hade god psykisk hälsa. Kluster 1 (33,5%) hade neutral psykisk hälsa. Kluster 2 (21%) hade låg psykisk hälsa.	Medel
Moreira H & Canavarro MC. 2010. Portugal.	A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease.	Undersöka kroppsupfattning, faktorer som påverkar den och dess förhållande till anpassning efter avslutad behandling.	Observation, longitudinell kohortstudie. Mätning gjordes strax efter operation (T1) och sex månader efter adjuvant behandling avslutats (T2) med DAS24, ESS, ASI-R, WHOQOL-Bref, HADS och en oberoende fråga. Analys gjordes med SPSS 17.0 och Chi-2-test.	56 deltagare, 36% bortfall.	Att genomgå en mastektomi var förenat med mer skam och missnöje över resultatet jämfört med bröstbevarande kirurgi.	Hög

Brunet J, Sabiston CM & Burke, S. 2013. Canada.	Surviving breast cancer: Women's experiences with their changed bodies.	Undersöka kvinnors upplevelser efter kirurgisk behandling av bröstcancer.	Kvalitativ studie, intervjuer. 1-31 år efter behandling.	11 deltagare, 0% bortfall	Den person som gjort mastektomi ansåg det viktigare att vara frisk än att ha båda bröstet.	Hög
---	---	---	--	---------------------------	--	-----