



Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap  
Vårdvetenskap

**Kvinnors upplevelse av preoperativ information  
samt livskvalitet kring bröstrekonstruktion med  
DIEP operation**

Författare:  
Christina Nilsson

Handledare:  
Maria Mani

Examinator:  
Karin Nordin

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp

Avancerad nivå

Uppsala VT 2014

## Sammanfattning

Vid bröstcancer med efterföljande mastektomi ges kvinnan möjlighet till bröstrekonstruktion. Information till kvinnan är viktig inför beslut och eventuell operation. Resultatet av bröstrekonstruktionen kan påverka kvinnans livskvalitet. Syfte: Att beskriva hur kvinnor upplever den pre-operativa informationen samt livskvaliteten kring bröstrekonstruktion med DIEP lambå. Metoden: Studien omfattar åtta kvalitativa intervjuer med kvinnor som fått en bröstrekonstruktion med DIEP lambå. Kvalitativ manifest innehållsanalys användes. Resultat: Resultatet av bröstrekonstruktionen upplevdes positivt, kvinnorna tyckte att de fått en bättre livskvalitet i det dagliga livet. Kvinnorna var nöjda med informationen. Muntlig information av sjuksköterska varierade mycket i kvalitet och kvantitet. Önskemål framkom om mer omfattande skriftlig information, gärna med bilder, för att kunna läsa hemma i lugn och ro. Kvinnorna upplevde trygghet med att kunna ringa och maila sjuksköterska när frågor och funderingar kring bröstrekonstruktionen uppkom. Av analysen framkom två teman, ”Känna nöjdhet med men också saknad av information” och ”Känna otillfredsställelse och tacksamhet i samband med bröstrekonstruktion” med kategorierna, information från läkare, information från sjuksköterska, självsökt information, bröstprotesanvändning, oro, smärta, och självkänsla. Slutsats: Kvinnorna upplevde nöjdhet och tillfredsställelse med resultatet av bröstrekonstruktionen med DIEP lambå. Livskvaliteten ökade med större frihet i det dagliga livet och känslan av att vara hel igen. Den skriftliga pre-operativa informationen behöver utvecklas och förbättras.

**Nyckelord:** patient information, DIEP, fri lambå, bröstrekonstruktion, livskvalitet

## **Abstract**

Women having had mastectomy may be offered a reconstruction as part of the treatment. Information to the woman is important for the decision making process and for postoperative satisfaction. Outcome after breastreconstruction may affect a woman's quality of life.

Purpose: To describe how women experience the pre-operative information and post-operative quality of life after the breastreconstruction with free tissue transfer DIEP flap.

Method: The study was based on eight qualitative interviews with women who have had breastreconstruction with DIEP flap. Qualitative manifest content analysis was used. Results: Outcome of breastreconstruction was perceived positively, the women experienced a better quality of life in daily life. The women were generally satisfied with the pre-operative information they had received. The oral information given by a nurse varied greatly in quality and quantity. Preference emerged for more comprehensive information in writing, preferably with pictures, in order to be able to read at home. The women felt assured being able to call or email a nurse whenever questions arose. The analysis revealed two themes, "feeling of satisfaction but also missing information" and "feel dissatisfaction and gratitude associated with breastreconstruction", with categories, information from the surgeon, information from the nurse, selfsought information, breastprosthesis usage, anxiety, pain and self-esteem. Conclusion: The women perceived satisfaction with the results of breastreconstruction with DIEP flap. Quality of life increased with greater freedom in daily life and the feeling of being whole again. Written information need to be developed and improved.

**Keywords:** patient information, DIEP, free flap, bröstrekonstruktion, quality of life

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	1-7
Problemformulering.....	7
Syfte .....	8
<b>METOD</b> .....	8
Design.....	8
Urval.....	8
Datainsamling.....	8-9
Tillvägagångssätt.....	9
Bearbetning och analys.....	9-11
Etiska övervägningar.....	11
<b>RESULTAT</b> .....	11
Känna nöjdhet med men också saknad av information.....	12
Information från läkare.....	13
Information från sjuksköterska.....	13-14
Självsökta information.....	14-15
Känna otillfredsställelse och tacksamhet i samband med bröstrekonstruktion.....	15
Bröstprotesanvändning.....	15-16
Oro.....	16
Smärta.....	16
Självkänsla.....	17-19
<b>DISKUSSION</b> .....	19
Resultatdiskussion.....	20-25
Metoddiskussion.....	25-27
Kliniska implikationer.....	27
Framtida studier.....	27
Konklusion.....	27

<b>REFERENSER</b> .....	28-32
Bilaga 1 Intervjuguide.....	33
Bilaga 2 Brev till respondenterna.....	34
Bilaga 3 Förfrågan till verksamhetschef.....	35

## **Bakgrund**

I Sverige får 7000 kvinnor diagnosen bröstcancer varje år. Bröstcancer räknas numera till en kronisk sjukdom eftersom femårsöverlevnaden är >85%. De senaste 30 åren har antalet fall av bröstcancer ökat, men dödligheten i sjukdomen har minskat. Troligtvis på grund av en ökad mammografiscreening och förbättrade behandlingsmetoder (Bergh et al., 2007). Behandling är oftast kirurgisk och i tre fjärdedelar av all operabel kirurgi är bröstbevarande kirurgi lämplig. För de återstående är mastektomi (hela bröstet opereras bort) det kirurgiska behandlingsalternativet (Hamberger & Haglund 2009). Denna stora procedur är ett potentiellt traumatillstånd i en kvinnas liv (Damien et al., 2010; Wolf del 1, 2004). Tidsperioden direkt efter bröstcancerdiagnosen är för patienten särskilt svår och utmanande (Bergh et al., 2007; Lam, Fielding, Chan & Chow 2004), nödvändigheten att ta svåra beslut om kirurgi och behandling samtidigt som patienten upplever en eventuell chockartad tid med en livshotande diagnos (Lam et al., 2004). Oftast finns ingen känd orsak till varför man fått sjukdomen. Ärret som blir kvar efter kirurgin blir en ständig påminnelse om diagnosen bröstcancer (Bergh et al., 2007). I en artikel av Fallbjörk och medarbetare (2012) beskrivs tre olika typer av berättelser om hur mastektomin har påverkat kvinnors liv. Den första handlade om kvinnor som inte alls stördes av att förlora ett bröst. Den andra handlade om kvinnor där mastektomin gjorde att de förlorade sig själva som sexuell varelse, som kvinna och som person. Den tredje berättade om kvinnor som kände sig sårade men inte förlorade som kvinnor. Kvinnor som bär på den ärftliga genen BRCA kan ha 60-85% risk att få cancer under sin livstid (Bergh et al. 2007; Isern, Tengrup, Loman & Ringberg, 2008). Det är viktigt att vidta åtgärder för att minska risken bland annat genom att göra profylaktisk mastektomi (Isern et al. 2008). Genom att göra profylaktisk mastektomi så minskar risken för bröstcancer med minst 90% (Bergh et al. 2007).

### *Bröstrekonstruktion*

Eftersom fler kvinnor idag överlever sin bröstcancer efter en mastektomi så innebär det också att fler kvinnor måste göra valet om de ska göra en bröstrekonstruktion eller inte (Fallbjörk et al., 2012). Kvinnan erbjuds idag, i vissa landsting, möjligheten att få ett nytt bröst antingen i samband med mastektomi operationen (så kallad direktrekonstruktion) eller vid ett senare tillfälle (så kallad senrekonstruktion) (Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation [BRO] 2005). Vanligast är senrekonstruktion vilket kan innebära 1-5 år efter cancerbehandlingen. Skäl till detta kan vara att cancertumören var aggressiv och eventuellt kan recidivera eller

strålbehandling (Bergh et al.2007; Lindahl & Audolfsson, 2014). Fördelar med en senrekonstruktion är att kvinnan hinner återhämta sig från den första operationen då bröstet tas bort. Hon hinner tänka och erfara hur det är att leva utan bröstet och är ofta starkt motiverad om hon väljer att gå vidare med en rekonstruktion. Olika skäl till önskad senrekonstruktion kan vara problem med extern protes, problem med klädernas passform, assymetri vid stort eller tungt kontralateralt bröst, försämrade självkänsla (att inte känna sig hel) eller med relations- och sexuella problem (Lindahl & Audolfsson, 2014; Reaby, 1998). Genom att göra direkt rekonstruktion kan ett nytt bröst återskapas direkt i samband med mastektomi. Direkt rekonstruktion blir allt vanligare (Lindahl & Audolfsson, 2014) och en eventuell möjlighet att genomgå direkt rekonstruktiv kirurgi utsätter den nydiagnostiserade kvinnan för ett svårt och komplext beslut (Bergh et al., 2007). Bergh och medarbetare (2007) menar att om hela bröstet måste tas bort så är det viktigt att kvinnan får noggrann information om ingreppet och om eventuell bröstrekonstruktion. Hon måste få betänketid, kunna ställa frågor, få tid för egen reflektion och förnyade läkarsamtal innan hon tar ställning till ingreppet. Det är viktigt att hon känner sig delaktig för att kunna må så bra som möjligt även på lång sikt. Beslutet kommer att stödjas på personliga val (Brehaut, O'Connor & Wood, 2003; Lindahl & Audolfsson, 2014) och tro på läkaren (Brehaut et al., 2003). Forskning visar att kvinnor som genomgår bröstrekonstruktion är yngre och mer högutbildade än kvinnor som inte väljer att göra rekonstruktion (Fallbjörk, Karlsson, Salander & Rasmussen 2010; Reaby, 1998; Denewer et al. 2012). Vid en rekonstruktion kan man välja att lägga in implantat eller att göra ett nytt bröst av kroppsegen vävnad, antingen som en fri lambå eller med bibehållen cirkulation så kallad stjälkad lambå. En fri lambå innebär att ett helt vävnadsstycke med fett, muskel, ben och kärl flyttas från en plats på kroppen till en annan och att man syr in kärlen till nya mottagarkärl för att få igång kärlförsörjningen (Lindahl & Audolfsson, 2014; Neligan & Grotting 2013).

*Deep inferior epigastric perforator (DIEP) lambå* är den vanligaste formen av fri lambå för rekonstruktion av bröst och den innebär att vävnad inklusive fett, hud och kärl tas från buken. Operationen är stor och kräver mikrokirurgisk teknik då vener och artärer ska kopplas samman (Hamberger & Haglund, 2009; Neligan & Grotting, 2013). Senare erbjuds kvinnan att komma åter till operationsavdelningen för att rekonstruera en bröstvårta och, efter ytterligare en tid, tatuera in färg på bröstvårtan (Lindahl & Audolfsson, 2014). Kvinnor med genbärarskap och som genomgår profylaktisk mastektomi kan bli aktuella för bilateral rekonstruktion. Forskning visar mycket nöjda kvinnor efter bilateral profylaktisk mastektomi

och samtidig bröstrekonstruktion med DIEP lambå (Drazan et al. 2008). Hela bröstrekonstruktions-processen, från första operation till tatuering, tar ca 6-12 månader (Hamberger & Haglund, 2009).

### *Information*

Information behövs både före och efter operationen och den ska vara muntlig och skriftlig (Lithner & Zilling, 2000). En studie av Damien och medarbetare (2010) visar resultat där 90% av kvinnorna som blivit DIEP opererade är nöjda med informationen de fick innan operationen. De fick muntlig och skriftlig information och de fick också en möjlighet att kontakta andra kvinnor som varit med om samma procedur. Muntlig information är den mest förekommande metoden enligt Fallowfield, Hall, Maguire och Baum (1990), som samtidigt menar att patientens möjlighet att förstå och komma ihåg informationen ofta är nedsatt på grund av chocken av sin diagnos. Skriftlig information kan vara fördelaktig för patienter att hänvisas till senare, i deras egen takt, och att användas för vidare frågor och diskussion (Butow, Brindle, McConnell, Boakes & Tattersall, 1998). Leino-Kilpi och medarbetare (1993) menar att bestämmelsen av relevant och lämplig information till patienter under sjukhusvistelsen är grundläggande i sjukvården. Tillhandahållandet av information betonar betydelsen av främjandet av patientens autonomi, värdighet och självrespekt. En praktisk aspekt är att patienten kan vara aktiv deltagare i sin sjukvård och ha tillräckliga färdigheter för att förebygga komplikationer (Henderson & Chien 2004). Preoperativ information kan minska patientens oro inför operation. Enligt Hughes (2002) är det bättre att ge informationen innan patienten kommer till sjukhuset eftersom det är lättare att tillgodogöra sig information innan individen blir orolig. Kvinnans möjlighet till ett säkert informerat beslut kan hindras av brist på lämplig information, tidspress och negativ påverkan (Pierce, 1993). För en del kvinnor kan oron kring bröstcancerdiagnosen tillsammans med svårigheter att effektivt ta till sig relevant information, framkalla tvekan inför beslut att vara för eller emot bröstrekonstruktion. Otillräcklig information om bröstrekonstruktion är associerad med förkastande av bröstrekonstruktion (Reaby, 1998).

### *Informationskällor*

I en kvalitativ studie av Wolf (del 1, 2004) undersöktes vilka källor med information som var viktiga då kvinnorna tog beslut och förberedde sig för sin bröstrekonstruktion. Informationskällorna var kirurgen, bröstsjuksköterskan, fotografier, kontakt med andra patienter, skriftlig information, internet, ett inspelat band med konsultationen och



informationsvideoband. Internet används idag på många olika sätt vid tillhandahållande av hälso- och sjukvårds information, framför allt i USA (Tan, Kok, Ganesh & Thomas, 2013). Patienter med möjlighet till internet kan söka i en mångfald av websidor med hälsorelaterad information med fördelen av interaktivitet, skräddarsydd information och anonymitet. På web-sidorna finns bland annat hälsobloggar och möjligheten att titta på videos relaterade till sin hälsostatus (Cline & Haynes, 2001). ”YouTube” är en typ av videoleverantör med över hundra miljoner tillgängliga videos i sin databas. I en brittisk studie undersöktes och analyserades kvaliteten på informationen kring bröstrekonstruktioner som visas på YouTube, samt undersöktes om det är en lämplig informationskälla för patienterna. Resultaten visar att kvaliteten på informationen om bröstrekonstruktion varierar och är inte komplett. Rätt information kan fungera som ett komplement till information från sjukvården. Information som är felaktig, dåligt omfattande och icke validerad kan förvirra patienterna och ge dem orealistiska förväntningar (Tan et al., 2013). Bröstcancerpatienter är bland de patienter som mest använder internet och då måste plastikkirurger guida dem till fakta och trovärdig information menar Joyce, Morrison, Sgarzani och Blondeel (2013).

En studie av Cooley och medarbetare (1995) visar resultat där 56% av studiedeltagarna beskriver att möjligheten att få olika typer av information var till stor hjälp för dem. Bröstsjuksköterskan spelade en viktig roll i att förmedla informationen och underlätta mottagandet av information för patienten (Reaby, 1998; Wolf (del 2, 2004). När Wolf (del 2, 2004) undersökte hur informationen lämnades svarade kvinnorna att få detaljerad information om bröstrekonstruktion samma dag som de fick sin diagnos var olämpligt. De önskade en begränsad första information som skulle följas upp vid ett annat tillfälle med en mer detaljerad information. En repetition av vad som tidigare sagts upplevdes som värdefull. Deltagarna hade också en önskan om att informationen skulle vara individualiserad så att de som ville ha mer information kunde få det. Kvinnorna beskrev att det var viktigt att informationen ges av vänliga personer.

### *Kvinnans upplevelse*

Sandell (2001, kap.5, s 96) menar att ”En rekonstruktion hjälper kvinnan att komma över cancern, att känna sig hel igen, att återgå till ett normalt liv. Det handlar om att återställa kroppen, kvinnligheten och livet”. Vid bröstrekonstruktioner är målet att få god symmetri avseende storlek, form, färg och konsistens (Ho, Klassen, Cano, Scott & Pusic, 2013; Lindahl & Audolfsson, 2014), känslan att vara hel (Ho et al. 2013; Damen et al. 2010). Ho och

medarbetare (2013) menar att lite är studerat kring hur sjukvårdsprocessen påverkar patientens belåtenhet med resultatet. Vad patienten upplever som bra eller dåligt resultat är avgörande för hur nöjd patienten är. Då rekonstruktionen inte är livsavgörande utan det är en livskvalitetshöjande operation i de allra flesta fallen är patientens upplevelse av stor vikt. Tillfredsställelsen med rekonstruktionen var hög visade Nissen, Swenson och Kind i sin kvalitativa studie (2002). En av anledningarna till det var att rekonstruktionen hade hjälpt kvinnan tillbaka till känslan att vara normal. Ändå, rapporterade många av deltagarna att den största rädslan var att cancer skulle komma tillbaka efter rekonstruktionen.

Ho och medarbetare (2013) visar i sin studie att belåtenhet med information och plastikkirurg gav en större nöjdhet med resultatet av det nya bröstet. De menar vidare att en patient-centrerad vård är en viktig aspekt i vårdkvaliteten. Metoder behövs för att utveckla och förbättra informationsflödet och kirurg-patient relationen och detta kan optimera patienternas bröstrekonstruktions resultat.

Ånger över sitt beslut av rekonstruktion var signifikant mindre när patienterna var nöjda med den preoperativa informationen som de fick av sin plastikkirurg menar Zhong et al. (2013). I en studie från Australien undersökte forskarna hur, bland annat, belåtenheten med information påverkar beslutet att genomgå rekonstruktiv kirurgi. Majoriteten av deltagarna (52.8%) visade ingen ånger alls över sitt beslut medan 19.5% hade stark ånger vilken var associerad med dålig preoperativ information, depression, oro och stress. Förutom kvinnornas konsultation med kirurgen så sökte 43% av kvinnorna information från andra kvinnor som nyligen varit i samma situation. Fyrtioen procent sökte information på internet och 30.9% sökte information i litteratur från ”The Cancer Council NSW” (Sheehan, Sherman, Lam & Boyages, 2007). Vid direkt rekonstruktion fann forskare resultat där kvinnor som var mindre nöjda med resultatet hade ett större behov av mer information kring fördelar och nackdelar med operationen (Contant, van Wersch, Wiggers, Tjong Joe Wai, van Geel 2000). Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation gjorde en medlemsundersökning som visar att 10% av patienterna fick en omedelbar rekonstruktion vid bröstcanceroperationstillfället och i samma undersökning upplevde 38% att de hade tillräcklig kunskap om olika behandlingsalternativ (Olsson & Pettersson, 2007).

Nissen och medarbetare (2002) beskriver, i sin kvalitativa studie, informationsbehovet för kvinnor som ska göra en bröstrekonstruktion. Studien visar att trots att kvinnorna kände sig välinformerade så önskade de sig ännu mer information. De som inte hade sett bilder på

rekonstruerade bröst saknade detta, en kvinna hade önskat mer information kring proteser som en alternativ rekonstruktion och mer information om dränage och postoperativ smärta var andra önskemål. Information kring att ett rekonstruerat bröst inte har samma sensibilitet som ett vanligt bröst önskades samt information om bra behå. Många av kvinnorna trodde att möjligheten fanns att de hade fått eller erbjudits informationen men att de inte kom ihåg den.

*Livskvalitet* är ett brett och sammansatt mått på individens egen värdering av sitt fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. En av de mest kända globala hälsoaspekterna finns hos Världshälsoorganisationens (WHO:s) konstitution från 1948 som definierar hälsa som – ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom eller funktionshinder (World Health Organisation, WHO, 2006). Enligt WHO handlar livskvalitet om individens uppfattning av sin livssituation i relation till rådande kultur och normer, och i förhållande till sina egna mål, förväntningar, värderingar och intressen. Det är definitionsmässigt en personlig upplevelse som påverkas av förändringar i livssituationen och som varierar med tiden (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2012). Livskvalitet är den upplevda känslan av att leva ett gott liv. Svenska kvinnor som gjorde mastektomi i förebyggande syfte med direkt bröstrekonstruktion visade sig uppleva lika bra livskvalitet som populationen i övrigt (Isern et al. 2008). Forskning visar att bröstrekonstruktion, såväl direkt som sen, leder till förhöjd livskvalitet jämfört med enbart mastektomi (Bergh et al. 2007; Denewer et al. 2012). Hälsan är viktig för vår livskvalitet. Dålig hälsa är per definition inte lika med dålig livskvalitet, men kan förstås starkt bidra till att minska den (SBU, 2012). Hoyer och medarbetare (2011) påvisar i sin studie att patienter som nyligen fått diagnos, framför allt de som är yngre (yngre än 50år), har sämre hälso-relaterad livskvalitet jämfört med vanliga populationen. Yngre bröstcancer patienter har en risk för sämre livskvalitet flera år efter diagnosen påvisar Avis, Crawford och Manuel (2005) som har studerat livskvaliteten hos yngre kvinnor efter mastektomi. Resultatet visar att 70% av kvinnorna hade problem med smärta och kände sorgsenhet över sitt utseende. Andra faktorer som relaterades till kvinnornas sämre livskvalitet var frånvaron av arbete, problem med relationer och kroppsbild. Hur väl förberedda kvinnorna var inför hela proceduren med mastektomi hade också en påverkan på livskvaliteten. Forskarna menar att mer och bättre information skulle kunna bidra till en förbättring av den unga kvinnans livskvalitet vid bröstcancer. Kerrigan et al. (2011) påvisar att livskvaliteten hos yngre kvinnor är sämre vid utebliven bröstrekonstruktion. En review från 2011 där äldre kvinnors bröstrekonstruktion studerades visade resultat att de äldre kvinnorna som gjorde en bröstrekonstruktion upplevde

en bättre social tillvaro och känslomässigt välmående än äldre kvinnor utan bröstrekonstruktion (Walton, Ommen & Audisio, 2011). Även om hälsan har stor betydelse för livskvaliteten, spelar andra delar av tillvaron givetvis också roll som till exempel familj och umgänge, arbete och fritid, ekonomi, boende, utbildning, samhörighet med andra människor (SBU, 2012). Konklusionen i en kvalitativ studie där livskvaliteten efter bröstrekonstruktion studerades, var att resultatet av rekonstruktionen medförde att kvinnan kände sig bekväm med sin kropps bild och med kläder men rekonstruktionen neutraliserar inte den största känslomässiga utmaningen av bröstcancer, nämligen rädslan för återfall (Nissen et al. 2002). På Akademiska sjukhuset träffar de läkare som utför bröstrekonstruktioner patienten antingen före mastektomin när det rör sig om en direktrekonstruktion alternativt efter när mastektomin redan utförts. Patienterna informeras av sjuksköterska i grupp eller enskilt och sedan individuellt av plastikkirurgen om de olika rekonstruktionsalternativen, som kan vara aktuella.

### **Problemformulering**

Plastikkirurgerna på Plastikkirurgiska kliniken på Akademiska Sjukhuset har uppmärksammat att kvinnornas kunskapsnivå om rekonstruktionsalternativen varierar mycket varför mottagningsbesöket hos läkaren många gånger blir onödigt långt och omständligt, och patienten får för mycket information på en och samma gång som de inte kan smälta och ta ställning till. Följden blir att de inte är redo att ta ett informerat beslut om rekonstruktionen och kan uppleva att de inte varit adekvat informerade. Detta innebär att det är svårt att veta hur lång tid som behövs för besöket, vilket medför svårigheter med planeringen. Många kvinnor genomgår en bröstrekonstruktion med DIEP lambå som är en stor och komplicerad operation. På Akademiska sjukhuset i Uppsala opereras cirka 80 kvinnor varje år med DIEP operation. Att arbeta som operationssjuksköterska på Plastikoperation innebär att möta dessa kvinnor och frågor och funderingar hos författaren (CN) har väckts om hur kvinnor upplever informationen kring DIEP operationen samt hur DIEP operationen påverkar kvinnornas livskvalitet.

## **Syfte**

Att beskriva hur kvinnor upplever den pre-operativa informationen samt livskvaliteten kring bröstrekonstruktion med DIEP lambå.

## **Metod**

### **Design**

Deskriptiv kvalitativ ansats med semi-strukturerade intervjuer som analyseras med hjälp av innehållsanalys.

### **Urval**

Urval består av kvinnor som genomgått en DIEP operation efter bröstcancer-kirurgi eller efter bröstborttagande kirurgi i förebyggande syfte. Kvinnorna har fått gruppinformation av sjuksköterska och läkarinformation av olika plastikkirurger. Rekrytering gjordes via tidsbokningen på plastikkontakten i samråd med ansvarig plastikkirurg och sjuksköterska på plastikkontakten. DIEP operationen ska ha utförts på Akademiska sjukhuset under december 2013-februari 2014. Alla kvinnor som hade återbesök inbokad 1-3 månader efter operationen valdes ut. Nio konsekutiva kvinnor inkluderades. Dessa kvinnor intervjuades vid återbesök 1-3 månader efter operationen.

*Inklusionskriterier:* Genomgången DIEP operation inom de senaste tre månaderna, svensktalande och kunna uttrycka sig tydligt och verbalt.

*Exklusionskriterier:* Kvinnorna skulle inte ha nypupptäckta tumörer efter DIEP operationen.

### **Datansamlingsmetod**

Datansamlingen utfördes under våren 2014. En intervjuguide användes i samtliga intervjuer (bilaga 1). Intervjuguiden innehöll några bakgrundsfrågor och därefter frågor om kvinnornas upplevelser av information kring DIEP operationen samt hur rekonstruktionen har påverkat

kvinnorna. Vid behov tillkom följdfrågor. Intervjun spelades in och stödord antecknades under intervjun. Intervjuerna tog mellan 11-55 minuter.

### **Tillvägagångssätt**

Kvinnorna tillfrågades muntligt av sjuksköterska eller av läkare vid mottagningsbesöket, som skedde cirka 1-3 månader efter DIEP operationen, om de var intresserade att medverka i en studie, samt om intervjun kunde ske direkt efter mottagningsbesöket. Sjuksköterskan eller läkaren informerade kvinnan att deltagandet var frivilligt och att hela intervjun skulle behandlas konfidentiellt. Kvinnorna fick, vid mottagningsbesöket, ett informationsbrev (bilaga 2) i handen, med information om studien, dess syfte och vad en eventuell medverkan i studien innebar. Ett tidigare använt informationsbrev (Lundström, 2012) anpassades och användes utifrån föreliggande studies syfte. I samband med intervjun inhämtades ett skriftligt samtycke. Intervjuaren träffade samtliga kvinnor som ville delta i studien, efter mottagningsbesöket. Intervjun utfördes i ett enskilt rum på mottagningen. Om kvinnan hade andra önskemål om plats och tid så ordnades detta. Två pilotintervjuer utfördes och inga ändringar gjordes i intervjuguiden. Därefter fortsatte intervjuerna med 6 respondenter till. En kvinna blev exkluderad i studien på grund av nytillkommen tumör.

### **Bearbetning och analys**

Intervjuerna utfördes i enlighet med det kvalitativa tillvägagångssättet för forskningsintervjuer, vars syfte är att få rika och konsekventa beskrivningar av deltagarnas erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2009), upplevelser, tankar, förväntningar, motiv och attityder (Malterud, 2009). Genom att använda semi-strukturerade intervjuer fick kvinnorna samma frågor med öppna svarsmöjligheter, vilket gav kvinnorna samma möjlighet att beskriva sin upplevelse. Malterud (2009) påpekar att det är viktigt att forskaren själv deltar under intervjuerna (som intervjuare eller observant) för att kunna transkribera hela upplevelsen och inte bara lyssna till inspelad text. Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll. Graneheim och Lundman (2004) menar att i en innehållsanalys blir det alltid någon form av tolkning men den kan vara mer eller mindre djup. I varje text finns ett manifest innehåll och ett latent budskap. Det manifesta innehållet handlar om det jordnära, uppenbara innehållet och uttrycks

på en beskrivande nivå i form av kategorier. Det latent budskapet handlar om en texts underliggande budskap, det som sägs mellan raderna, och uttrycks på en tolkande nivå. Författaren ska fokusera på det som uttrycks i texten, det påtagliga innehållet och manifesta budskapet (Graneheim & Lundman 2004). Inspelat material transkriberades i nära anslutning efter att de var genomförda. Intervjuerna transkriberades ordagrant och i sin helhet av författaren (CN), analyserades och bearbetades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Banden lyssnades igenom och jämfördes med den skrivna texten. Intervjuerna lästes sedan igenom ett flertal gånger i syfte att få en känsla av helheten. Från texten i varje intervju plockades sedan ut meningsbärande enheter som kondenserades men samtidigt bevarade kärnan. De kondenserade meningsbärande enheternas innebörd sammanfattades och tilldelades koder. De olika koderna jämfördes utifrån likheter och skillnader och sorterades in i underkategorier och sedan i kategorier, vilket utgör manifest innehåll. Till sist utformas teman som står för det potentiella innehållet i texten och återspeglar det centrala i intervjuerna (Graneheim & Lundman, 2004). Under arbetets gång kom författaren (CN) att röra sig fram och tillbaka mellan stegen i analysen i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). Ett exempel på hur textanalysprocessen kan se ut redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på textanalysprocess.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
Det var det att protesen åkte hela tiden...den ramlade ur när jag böjde mig fram å man visste aldrig hur den satt....	Protesen ramlade ur när jag böjde mig fram	Protesen ändrar läge	Bröstprotesanvändning

Författarens (CN) förförståelse om kvinnornas upplevelser kring information och livskvalitet är förhållandevis liten. Att arbeta som operationssjuksköterska innebär att träffa kvinnorna när de kommer till operationsavdelningen för sin bröstrekonstruktion och då hålls ett mycket kort samtal innan kvinnan får sin anestesi. Nästa tillfälle är när de kommer för sin rekonstruktion

av bröstvårta. Vid det tillfället får kvinnan lokal anestesi och är vaken under hela operationen och då uppstår ibland samtal om hur de har upplevt situationen kring bröstrekonstruktionen.

## **Etiska överväganden**

Etiska regler för forskning, intervjuer, muntlig och skriftlig information beaktades [www.codex.vr.se](http://www.codex.vr.se). Prövning i etisk kommitté ansågs inte nödvändig för denna studie. Ett brev lämnades till respondenterna med information om studien, studiens syfte och vad det skulle innebära att medverka. De informerades om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande, att intervjumaterialet förvarades inlåst och konfidentialitet utlovades. Respondenterna fick återigen denna information i början av intervjutillfället och det påtalades att ingen orsak behövde anges att avsluta intervjun. Respondenterna som deltog gav både muntligt och skriftligt samtycke till studien. Inga uppgifter eller citat i resultatet kommer att kunna härledas till enskilda personer. Intervjun utfördes enligt Kvale och Brinkmanns etiska riktlinjer (2009). Författaren (CN) bedömer att resultatet av studien kommer kvinnorna till godo då målet är att kvinnorna kommer att kunna erbjudas mer och bättre information innan DIEP operationen samt bättre omvårdnad och omhändertagande kring DIEP operationen. Författaren (CN) har fått ett godkännande av verksamhetschefen på Akademiska sjukhuset (bilaga 3).

## **RESULTAT**

Vid analys och transkribering framkom det två teman, sju kategorier och fem underkategorier. Teman, kategorier och underkategorier klargörs först i en tabell (Tabell 2) för att sedan presenteras var och en för sig, följt av citat hämtade från intervjuerna.



Tabell 2. Teman, kategorier och underkategorier

Underkategorier	Kategorier	Teman
Muntlig information Skriftlig information Annan information	Information från läkare Information från sjuksköterska Självökt information	Känna nöjdhet med men också saknad av information
Före operation Efter operation	Bröstprotesanvändning Oro Smärta Självkänsla	Känna otillfredsställelse och tacksamhet i samband med bröstrekonstruktion

### **Känna nöjdhet med men också saknad av information**

Resultatet visade att kvinnorna upplevde informationen mycket individuellt och olika. Många av kvinnorna var nöjda men stor variation förekom; en del tyckte att både muntlig och skriftlig information var bra medan andra saknade muntlig eller skriftlig information. Flera kvinnor uppskattade möjligheten att kunna ringa och fråga när som helst och att de blev uppmuntrade till att ringa vid behov. Några tyckte att det var för lite skriftlig information och framförde önskemål om mer bilder i en skriftlig informations-broschyr som de kunde titta på hemma i lugn och ro. Någon tyckte att det gick för fort allting och att hon inte hann med i informationen. Flera av kvinnorna var nöjda med informationen.

*”Jag har inte varit orolig eller så...så det har väl räckt för mig..antagligen...för jag tänkte att man kanske får det under tidens gång...som mer information när man är uppe i det liksom..”*

(2)

En kvinna gjorde direkt bröstrekonstruktion i samband med att hon opererade bort bröstet i förebyggande syfte. Hon upplevde informationen på hemorten dålig kring direkt

bröstrekonstruktion och trodde därför länge att hon, precis som sin mamma skulle bli platt på bröstet efter mastektomi-operationen.

*”Då tycker jag att man ska prata om det...det ger ju lite...lite normalitetstänk...livet efter på nå vis...mot att jag blir en stympad människa.” (5)*

#### Information från läkare

Majoriteten av kvinnorna tyckte att informationen från läkare var bra.

*”Information...det fick jag ju först när jag träffade läkaren...då var han VÄLDIGT noga...å tog lång tid på sig.” (5)*

Ett par kvinnor träffade läkare två gånger och upplevde detta bra då det vid andra mötet började med lite upprepning från första mötet och de hade hunnit tänka efter lite efter senaste mötet och hade hunnit få en del frågor som de kunde få svar på.

En kvinna upplevde väldigt bra fakta och professionalitet av läkarna som inte försökte påverka och styra henne utan gav henne information och bad henne gå hem och fundera i lugn och ro.

Språket upplevdes svårt att förstå av några kvinnor då de tyckte att för mycket fackspråk användes.

*”Mer information kanske...men på ett språk då så man begriper vad dom säger för nånting/.../du vet man fattar ju inte...vad dom pratar om så att...även om dom pratar svenska så förstår man ju inte riktigt.” (3)*

Att ha sin dotter med sig upplevdes som en trygghet genom att de var två som lyssnade och kunde ställa frågor. En kvinna kände att om hon skulle göra detta idag så hade hon tagit med sig någon som hade kunnat hjälpa henne att lyssna, analysera och förstå informationen.

*”Som personal så ni förstår alla dessa termer å sånt där...så det är kanske svårt också om jag inte ställer frågor så kanske man utgår från att jag förstår...” (6)*

#### Information från sjuksköterska

Gruppinformation som hälften av kvinnorna fick upplevdes väldigt olika. En av kvinnorna berättade att hon tyckte att bilderna var ”jätteäckliga” men att hon ändå tyckte att mötet hade

sitt syfte eftersom när hon sen blev opererad så var det ingen överraskning hur det såg ut. En annan tyckte att det blev för privat med bilder på ett gruppmöte.

*” Jag tror att såna där saker ska man kanske ta enskilt för det blir ju mycke mycke mer privat...på nåt sätt att sitta å titta på några foton å så sitta i en stor grupp...jag såg några respektive å dom satt å skruva på sig och liksom tyckte det var (rynkar på näsan)... ”(8)*

En kvinna berättade att hon var den ende som inte hade sin partner med sig på gruppinformationen, hon tänkte att det här klarar hon själv, men hon saknade sin man. Gruppinformationen gav inte så mycket sa en annan kvinna.

En yngre kvinna menade att hon hade velat haft mer muntlig information men samtidigt hade hon möjligheten att ringa och skicka e-mail när som helst och kände sig nöjd med detta.

Flera kvinnor uppskattade broschyren och kände att det var bra att läsa hemma i lugn och ro och kunna ta fram och läsa när frågorna kom. Det framkom också ett stort önskemål om mer skriftlig information, bättre informationshäften med någon form av fotografier.

*”Ja kanske lite mer utförligare egentligen om hur...själva hur det går till...det tänker man inte på när man ligger där då är man så pass dålig...utan det kommer hemma när du börjar känna att OJ vad det känns här...ska de va så här.”(8)*

Många påpekar att stressen är stor när man är på läkarbesök och att det är svårt att ta in all information och att information aldrig är fel.

*” Man är ju i ett stressat läge...det ska inte va så mycket när man träffas och pratar men att man ändå kan få ta med sig hem å kika på i lugn och ro...bra med både muntligt och skriftligt även om det är samma.” (5)*

En kvinna menade att broschyren innehöll mycket bra information och att det är jättebra att ha hemma och gå tillbaka till och läsa i när frågorna kommer, det går inte att ta in allting i förväg. En annan upplevde broschyren som hemsk och ville inte alls läsa i den.

### Självsökta information

Ett par kvinnor sökte själva information på nätet och de berättade att de läste allt de kunde hitta om bröstrekonstruktionen, både bra och dålig information.

*”Så det jag visste då det visste jag för att jag hade läst på nätet...å man hittar ju som sagt mycket elände...blogga om nån brud som hade fått...ja du vet...allt hade ruttna liksom...å då tänkte jag att usch...varför läser jag det här...” (5)*

En kvinna berättade att trots att läkaren hade berättat för henne om operationen så måste hon leta information på nätet hela tiden.

Att se resultatet av en bröstrekonstruktion på en annan kvinna i bekantskapskretsen kändes bra menade en av kvinnorna.

### **Känna otillfredsställelse och tacksamhet i samband med bröstrekonstruktion**

I resultatet framkom att kvinnorna upplevde otillfredsställelse innan bröstrekonstruktionen och tacksamhet efter bröstrekonstruktionen. Det handlade om bröstprotesanvändning, oro, smärta och självkänsla.

#### Bröstprotesanvändning

Flera av kvinnorna uppgav att de hade problem med sin protes som de fick efter mastektomi operationen. De upplevde att protesen inte höll sig på sin plats vilket medförde problem vid aktiviteter av olika slag.

*”Det var de att protesen åkte hela tiden...den ramlade ur när jag böjde mig fram å man visste aldrig hur den satt.” (7)*

Kvinnan menade att även om de kunde skoja om det så var det jobbigt och hon var gärna utan protes hemma, där hon kände sig trygg. Att kunna gå ut och slippa oro sig över att protesen ska ramla ur känns jätteskönt nu efter bröstrekonstruktionen menade hon. Varmt och kallt klimat verkade också vara bekymmersamt vid användande av protes.

*”När man hade den mot kroppen så liksom klistrades den fast i svetten det var oerhört äckligt och sen när det var kallt ute alltså vinter...om man till exempel var ute och gick flera timmar...då var det nästan så det blev en kylklamp.” (1)*

En annan kvinna påpekade också det här med sommar, värme och bad som ett stort problem i hennes liv och menade att det var anledningen till att vilja göra en bröstrekonstruktion.

*”Nu känner jag inte för att ha det så här längre...nu var jag trött på...du vet när man ska ut å bada...vi reser mycket/.../det är ingenting som passar så bra...liksom det blir en konstig känsla så jag sa att nej nu vill jag hitta på nåt.” (2)*

Flera av kvinnorna påpekar att det är så skönt att slippa protesen efter bröstrekonstruktionen.

### Oro

Oro för att bli sjuk igen framkom i en av intervjuerna.

*”Visst jag är otroligt rädd för att bli sjuk igen jag vill aldrig bli det igen...och jag har försökt, jag kan ju inte sluta leva för att jag varit sjuk men jag är rädd..” (6)*

Att bära på en ärftlig gen kan innebära mycket oro menar en kvinna som under lång tid känt oro.

### Smärta

En kvinna uppgav att hon inte hade någon tanke överhuvudtaget på att göra en bröstrekonstruktion för att hon tyckte att det var ett för stort ingrepp. Hon fick dock väldigt mycket smärtproblem efter mastektomi operationen och det läkarna kunde erbjuda som hjälp var DIEP operation.

*”Jag fick såna besvär efter mastektomin...å då e man inne på bröstrekonstruktion...å då gör man det ju inte platt utan då gör man ett bröst...så då gjorde jag det/.../jo jag mår väl ganska bra det tar ju tid...jag hade dåligt utgångsläge eftersom jag redan hade problem innan...men den lilla tutten ser fin ut...det är så fint så...helt fantastiskt.” (8)*

En annan kvinna hade haft ett bröstimplantat i många år som hon fick inopererat efter en mastektomi. Hon fick stora problem med smärta vilket berodde på bland annat läckage av implantatet. Hon använde en protes efter att implantatet opererades bort men den gillade hon inte då den inte höll sig på sin plats. Läkarna föreslog bröstrekonstruktion som utfördes och hon upplever idag sin livssituation mycket bra.

Två kvinnor uppgav att de fortfarande har en del smärta postoperativt av olika anledningar.

*”Det är ju tråkigt att det har blivit som det har blivit...att det inte är okej här än...men det är kul ändå och se att man har ett bröst...så jag tänker att det blir bra i slutändan...jag tror att jag kommer att bli jättenöjd faktiskt.” (2)*

## Självkänsla

Självkänslan och kroppsbilden diskuterades av flera kvinnor. Fler av kvinnorna upplevde sin kroppsbild på ett negativt sätt innan bröstrekonstruktionen. En kvinna mådde inte bra psykiskt av att kläderna satt på sniskan och att det var så platt på bröstet.

*”Man känner liksom att alla tittar...att man liksom inte har ett bröst och så där...nej jag tycker att det är viktigt för mig...känner mig halv på nåt vis...med bara ett bröst..” (2)*

Hon berättade om den sköna känslan efter bröstrekonstruktionen.

*”Tänk att kunna köpa en fin behå och ha något på överkroppen som är snyggt...det längtar jag efter...” (2)*

En annan kvinna som inte hade någon pojkvän hade mycket funderingar.

*”...då hade jag ju ingen pojkvän och hm....tänkte mycket på vem som skulle vilja ha mig med ett bröst...kunde inte bära upp kläder...och då blev det viktigt liksom att nu...jag ville bli hel på nåt sätt..” (6)*

Hon upplevde också att hon ville få tiden undanstökad, att det var en sjukdomsperiod som hon ville stänga dörren till och gå vidare i livet. När hon tänker tillbaka på tiden efter bröstrekonstruktionen så minns hon att hon var lite rädd att bröstet skulle kännas oäkta men när hon vaknade efter operationen så kändes bröstet direkt som hennes egna, jättefina och som att hon haft dem jämt.

*”Jag trodde inte att det var såå viktigt...men det var det” (6)*

Flera kvinnor uttryckte just den betydelsen, att de inte riktigt förstod innan hur viktigt det var för dem att göra bröstrekonstruktionen.

*”Med tanke på hur viktigt det var för mig själv...min självkänsla...för min syn på mig själv som hel kvinna...brösten har en viktighet för mig och det upptäckte jag inte förrän jag blev av med ett” (1)*

Att kunna ta på sig fina blusen och gärna gå ut bland folk igen var andra viktiga saker som kom fram i studien. Betydelsen av att känna sig fri och känslan av att vilja följa med mannen utomlands igen var också resultat av bröstrekonstruktionen.

Kvinnan som gjorde bröstrekonstruktion i förebyggande syfte menar att hon nog hade underskattat det här med att ha två bröst. Hon trodde att hon bara ville ha bort bröstet, att det var det viktiga, och sen spelar det ingen roll hur hon såg ut. Men känner nu efter bröstrekonstruktionen att det hade varit jobbigt att bara ha två ärr där och hade förmodligen inte mått så bra då.

*”Så man kommer ju dit fast jag har bestämt att det har ingen betydelse hur jag ser ut” (5)*

Eller som en annan kvinna uttryckte det.

*”Jo det blir bra...jag har ju snyggare bröst än förut...det kommer jag ju att få...om det har nån betydelse...” (6)*

Fler av kvinnorna uppger att de blev lite förvånade att det blev så fint, att det faktiskt ser ut som ett bröst. En kvinna påtalar att hon känner en stor tacksamhet över att bo i ett land där man har möjlighet att få göra en bröstrekonstruktion.

*”Jag känner mig som sagt var lyckligt lottad...så att bli av med ett bröst och få ett nytt inom ett år...det är fantastiskt” (1)*

När kvinnorna beskriver vad som är viktigt när de tänker på livskvalitet så framkommer betydelsen om vardagen.

*”Livskvalitet handlar ju väldigt mycke om...vardag...alltså ett bra vanligt liv...jobbet ska va ett jobb som jag vill ha och trivs med...sen är det viktigt att ha det bra med familjen...det är att ha ett gott liv.” (5)*

Det handlar om självkänslan.

*”Att jag tycker om mig själv...att jag känner att andra tycker om mig/.../det är det som är det viktigaste för mig.” (1)*

*”Jag gjorde det här för mig själv...å de är ju jag som ska va nöjd...det är ju inte några andra runt ikring...” (8)*

Det som också framkom som en viktig del i livskvaliteten var att må bra, att vara frisk.

*”Frisk det är a och o...det finns inge annat...jag skiter i om det ska va välbetalt jobb eller...snyggt hus fin bil eller...spelar ingen roll...jag kan inte vara glad om jag inte är frisk...alltså neej.” (6)*

*”...först å främst att må bra/.../så det är ju skönt om det här blir bra att man kan gå ut med hunden...jag älskar ju att va i skog och mark..” (2)*

*”...att få vara frisk...” (4)*

## **DISKUSSION**

Syftet med studien var att beskriva hur kvinnor upplever den pre-operativa informationen samt livskvaliteten kring bröstrekonstruktion med DIEP lambå. Kvinnorna hade väldigt olika upplevelser om den pre-operativa informationen. De flesta kände sig nöjda även då det skiljde gällande vilken information de hade fått preoperativt. En förklaring kan vara att kvinnorna kom till plastikkirurgiska kliniken med olika bakgrund då vissa hade genomgått mastektomi och fått en del information om senrekonstruktion i samband med mastektomi operationen. Andra skulle göra en direkt rekonstruktion och hade inte, i den stressiga situationen, hunnit få eller kunnat ta emot information. Några kvinnor kom från andra delar av landet vilket medför skillnader i vilken information som getts och hur den har lämnats. Resultatet visar också att kvinnorna tycker olika angående hur mycket information de önskar. En del vill veta allt och andra känner sig nöjda med lite information i taget under ”resans gång”. Framkom gjorde dock att mer skriftlig information, gärna med bilder, önskades. Flera kvinnor uppgav att de ville kunna läsa mer hemma när frågorna kom. De ville gärna få muntlig information först av läkare och sjuksköterska och sedan kunna läsa om samma information hemma.

Kvinnornas upplevelse om livskvaliteten kring bröstrekonstruktionen kom att handla om bröstprotesanvändning, oro, smärta och självkänsla. Bekymmer kring bröstprotesen som många av kvinnorna bar innan rekonstruktionen, som inte höll sig på sin plats utan åkte hit och dit. Oro för att bli sjuk igen upplevdes starkt av en kvinna. Smärta framkom i flera intervjuer, både innan och efter bröstrekonstruktionen. Självkänslan visade sig som en stor, viktig och ibland överraskande känsla hos kvinnorna. Brösten och kroppsbilden visade sig vara mycket viktigare för självkänslan än vad många kvinnor trodde.



## Resultatdiskussion

Resultatet beskriver individuella skillnader gällande upplevelsen av pre-operativ information kring bröstrekonstruktion med DIEP samt bröstrekonstruktionens effekt på kvinnornas dagliga liv.

### Känna nöjdhet men också saknad av information

I kategorin som handlade om *Information från läkare* beskriver kvinnorna att de fick bra muntlig information. De som hade träffat läkare vid två tillfällen uppskattade detta mycket då de fick en del upprepning, de hade hunnit smälta en del information, de kunde ta emot mer information och ställa frågor. En engelsk studie visar resultat att kvinnorna hade önskemål om att träffa läkaren vid fler tillfällen både före och efter bröstrekonstruktionen. De ville ha all information som de kunde få för att kunna göra ett val om vilken rekonstruktion de tyckte var bäst för dem. Några medgav att de ville bli styrda av läkaren (Wolf del 1, 2004). I föreliggande studie påpekade en kvinna att hon upplevde det professionellt att läkaren informerade sakligt och inte försökte påverka kvinnan utan bad henne gå hem och fundera på vad hon ville. Att vara nöjd med den pre-operativa informationen från sin läkare minskar signifikant risken att ångra sitt beslut om bröstrekonstruktion (Zhong et al. 2013, Sheehan et al. 2007, Contant et al. 2000). Kvinnorna i den engelska studien ville inte ha information om bröstrekonstruktion vid samma tillfälle som de fick sin cancerdiagnos (Wolf del 2, 2004), vilket känns viktigt att komma ihåg vid tillfälle när en kvinna med cancerdiagnos kan direkt rekonstrueras och beslut om direkt rekonstruktion eller inte, ska tas på en till sju dagar (Hopwood, Lee, Shenton, Baidam, Brain, 2000).

Upplevelsen om att allt gick så fort, och att det därför var svårt att hinna med och ta in informationen, delas av några kvinnor i föreliggande studie. En annan svårighet som upplevdes av kvinnorna var att läkarna använde svårt språk. Kvinnorna menade att det kändes tryggt att ha någon med sig som kunde hjälpa till med att lyssna, förstå och ställa frågor. Det finns inget substitut för en ansikte-mot-ansikte diskussion mellan läkare och patient men YouTube video-information skulle kunna vara en användbar resurs som patientutbildning inför att patienten kommer till sjukhuset, träffar sin läkare och ska ta ett informerat beslut (Tan et al., 2014). Kvinnan har nyligen fått sin cancerdiagnos, ska ta emot information, tänka kritiskt och ta svåra, viktiga och betydelsefulla beslut. Det är viktigt att dessa kvinnor har tillgänglighet till klar, relevant och aktuell information för att kunna förberedas för kirurgi (Wolf del 1, 2004). Patienter som hade en bra interaktion med sin plastikkirurg samt var nöjda

med informationen kände en stor tillfredsställelse med resultatet av bröstrekonstruktionen (Ho et al., 2013).

När det gäller kategorin *Information från sjuksköterska* så skiljde sig kvinnornas upplevelser. En anledning till detta var att de hade fått olika typer av information pre-operativt. Hälften av kvinnorna hade varit på ett informationsmöte i grupp som uppskattades av ett par kvinnor medan andra tyckte att det inte gav något av värde eller att det var fel forum att bland annat visa bilder i stor grupp. Forskning visar resultat där kvinnorna upplevde kontakt med andra kvinnor i samma situation väldigt positiv. De kunde få information, råd och stöd av att träffa andra och att jämföra resultat (Wolf del 1, 2004; Damen et al. 2010). Utav resten av kvinnorna så hade en kvinna bara fått en broschyr, några hade pratat lite med sjuksköterskan och en kvinna kom inte ihåg hur det var med informationen från sjuksköterskan.

Ett par av kvinnorna påtalade att möjligheten att kunna ringa eller maila frågor när som helst betydde mycket för dem. Det bekräftas av kvinnorna i studien av Wolf (del 1, 2004), där alla kvinnorna upplevde det ovärderligt att lätt kunna nå och få prata med bröstsjuksköterskan. Det blev uppenbart att den vänliga och omtänksamma sjuksköterskan var viktig för kvinnorna i både information och som en länk mellan kvinnan och läkarna. En del kvinnor hade svårt att ställa vissa frågor till läkaren och frågade istället sjuksköterskan. Årets bröstsjuksköterska 2013 i Sverige, Åsa Johansson, menar att ”förmågan att kunna se, möta och inte minst bekräfta människan – där just hon befinner sig i sin sjukdom” är det viktigaste i rollen som bröstsjuksköterska (Brofästet, 4, 2013). Hon menar vidare att det viktigaste är att vi tar oss tid, och att vi ges tid, till att möta människan och inte bara patienten.

Den skriftliga informationen i form av en broschyr uppskattades av de flesta, dock tyckte de flesta att den kunde innehålla ännu mer information. Detta påpekas också i tidigare studie där kvinnorna var mest missnöjda med den skriftliga informationen (Sheehan et al. 2007).

Kvinnorna i föreliggande studie menade att kunna sitta hemma i lugn och ro och läsa information efter att ha fått den muntliga informationen kändes bra. Kvinnorna berättade också att ha en välutvecklad broschyr när frågorna dök upp efter bröstrekonstruktionen visade sig vara mycket önskvärt. I en review där man undersökt information, visar resultat att patienterna uppfattar skriftlig information som mycket användbar, förståelig och lämplig. Däremot muntlig information som bara givits en gång, visade sig vara sämre då patienterna hade dåligt minne av vad som sagts. Deras konklusion blev att om endast muntlig information

lämnas och bara vid ett tillfälle är det, som om ingen har tillhandahållit information till patienten vid detta viktiga tillfälle (Hope, Williams & Lunn, 2000).

Det har framkommit i intervjuerna att kvinnorna kommer till operation för en DIEP operation med väldigt olika bakgrund, vilket gör det komplext hur omfattande informationen bör vara. Tre kvinnor har nyligen blivit opererade med mastektomi och kommer för senrekonstruktion. En kvinna opererades med mastektomi för tretton år sedan. En kvinna bär på ärftlig gen och blivit rekommenderad att göra mastektomi och direktrekonstruktion. En kvinna med tumör blev rekommenderad att göra en direktrekonstruktion. Den sjunde kvinnan gjorde en mastektomi och ville därefter själv även ta bort det andra bröstet och i samband med detta göra en bilateral DIEP. En kvinna fick efter mastektomi operationen stora besvär och blev rekommenderad av plastikkirurgen att göra en DIEP lambå som åtgärd. En del av kvinnorna har nyligen fått en cancerdiagnos med tillhörande mer eller mindre chock, vissa gjorde mastektomioperationen för flera år sedan och har haft en längre tid att tänka men kanske utan kunskap om rekonstruktionsmöjligheten. Någon bär på en ärftlig gen och alla tankar kring det. Kvinnorna kommer från olika delar av landet och har därmed fått olika information. De har alltså olika mycket kunskap om rekonstruktion vilket gör informationsbehovet komplicerat. Så gott som alla kvinnor uppger att de gärna tagit emot mer information. Att vara nöjd med information generellt men ändå sakna information påvisas även i studien av Nissen et al. (2002) där kvinnorna upplevde att de fått mycket bra information men ändå önskade mer. Hur mycket information skall ges och hur ska den ges? Vissa vill ha mest muntlig information och andra mer skriftlig så de kan läsa i lugn och ro hemma. Lam och medarbetare (2012) påpekar att informationen om bröstrekonstruktion bör ges i ett tidigt skede när kvinnan blir informerad om att mastektomi behöver göras. Informationen ska vara komplett och standardiserad så alla får samma information oavsett om det är en aktiv kvinna som själv söker rätt på information eller om det är en kvinna som endast vet det som sjukvården informerar om.

Att själv söka information var inte så utbrett bland kvinnorna i studien. Enligt Joyce et al. (2013) är bröstcancer patienter bland de patienter som använder internet mest. I föreliggande studie berättade endast ett par kvinnor att de sökt massor med information på nätet och de menade att de hade gjort detta oavsett hur informationsflödet sett ut. En kvinna sade att det mesta hon hittade var hemska grejer från bloggar och liknande. Joyce et al. (2013) menar att det är viktigt att föreslå var kvinnan kan hitta bra information. Engelska kvinnor använde internet inför beslutstagande och för att bekräfta information de redan fått (Wolf del 1, 2004). Att använda YouTube där många videor finns, från framförallt USA, kan fungera som en

värdefull resurs i patient utbildning menar Tan et al. (2014). Det ger dock ingen omfattande information.

Att ha en person i bekantskapskretsen som redan har gjort en bröstrekonstruktion med DIEP lambå uppskattades mycket då man kunde få se ett färdigt resultat, menade ett par av kvinnorna i föreliggande studie. Ett annat sätt att få se ett färdigt resultat är att låta kvinnor kontakta andra kvinnor som redan har gått igenom bröstrekonstruktionen. Damien och medarbetare (2010) visade på att 90% av DIEP lambå opererade kvinnor var nöjda med information som gavs muntligt och skriftligt samt kontakten med andra redan opererade kvinnor.

### **Känna otillfredsställelse och tacksamhet i samband med bröstrekonstruktion**

I kategorin *Bröstprotesanvändning* så handlar det mycket om bekymmer och problem med att proteserna inte håller sig på sin plats. Kvinnorna upplevde att när de rörde sig och böjde sig framåt så åkte proteserna vilket innebar att de blev begränsade i sin livssituation. Flera uppgav att värmen på sommaren och kylan på vintern ställde till med problem med proteserna. Detta resultat stämmer bra överens med Lindahl & Audolfsson (2014) som anger att ett av huvudskälen till sen rekonstruktion är problem med proteserna.

Kategorin *Oro* handlade om oron för att bli sjuk igen vilket en kvinna påtalade starkt. Detta visas också i en kvalitativ studie av Nissen et al. (2002) med kvinnor som genomgått mastektomi med direkt bröstrekonstruktion för 1,4-5 år sedan. I resultatet framkom att kvinnorna ofta kände oro och ångest över att cancer skulle komma tillbaka. En egyptisk studie där livskvaliteten jämförts hos kvinnor som har gjort mastektomi och kvinnor som samtidigt gjort en direkt bröstrekonstruktion påvisar att ingen skillnad finns mellan grupperna vad gäller oron för återfall av sjukdomen (Denewer et al. 2012). Att vara genbärare kan innebära att känna mycket oro. Det påtalades av en kvinna som blev mastektomi-opererad i förebyggande syfte och samtidigt bröstrekonstruerad med bilateral DIEP lambå. Profylaktisk mastektomi är en effektiv metod för att minska risken att utveckla bröstcancer för kvinnor som bär på genen BRCA. Det kan kombineras med direkt rekonstruktion för att förbättra det estetiska resultatet och den hälso-relaterade livskvaliteten (Isern et al. 2008). För majoriteten av kvinnor idag är det inte acceptabelt att utföra en bilateral profylaktisk mastektomi utan att samtidigt göra en bröstrekonstruktion. Det menar Drazan och medarbetare (2008) som visar att 96.2 % av kvinnorna utvärderade sitt estetiska resultat som bra eller utmärkt efter bröstrekonstruktion där 90% av kvinnorna fick en DIEP lambå.

Smärta blev en kategori som handlade om ett par kvinnor som hade stor smärtproblematik innan bröstrekonstruktionen och detta blev anledningen till att de valde den stora DIEP operationen. Några av kvinnorna hade problem med smärta och sårinfektion postoperativt vilket upplevdes jobbigt. De hade diskuterat problemet med sin plastikkirurg som påminde om att det har fortfarande gått kort tid efter operationen och att problemet kommer att försvinna. Att få en komplikation kan innebära att vara mycket estetiskt missnöjd med rekonstruktionen enligt Ho och medarbetare (2013). En annan studie visar att nästan 40% av kvinnorna fick en komplikation men bara 6% upplevde att det begränsade det dagliga livet (Damen et al. 2010).

Kategorin Självkänsla innefattar kvinnans upplevelse om sin kroppsbild, om hur kvinnan känner, ser och uppfattar sig själv. Resultatet visar att flera av kvinnorna berättade att de inte tyckte om sin kropp innan bröstrekonstruktionen, de kände sig halva. De tyckte inte om att visa sig ute då de uppfattade att folk tittade konstigt. Att visa sig på badstranden på sommaren ville de inte, vilket kändes tråkigt och begränsande. En kvinna ville inte åka med maken utomlands för det kändes inte bra med att vara klädd i lätta och tunna kläder. Detta var också anledningar till att hälften av kvinnorna i en studie av Fallbjörk och medarbetare (2012) valde att göra en bröstrekonstruktion efter mastektomi operationen. Kvinnorna i deras studie som inte valde rekonstruktion hade heller inga problem med att vara utan ett bröst, proteser fungerade och det störde inte deras egen syn på sig själva som kvinna. Bröstrekonstruktion är ett område där patientens nöjdhet och tillfredsställelse är central. Målet med bröstrekonstruktion inkluderar att återställa kvinnans kroppsuppfattning efter mastektomi operationen och uppnå ett gott estetiskt resultat (Ho et al. 2013). En av kvinnorna i förekommande studie var gärna hemma där hon kände sig trygg utan proteser. En yngre kvinna berättade att hon undrade hur hon skulle kunna få en pojkvän när hon inte hade något bröst. Flera av kvinnorna berättade att de inte hade förstått innan hur viktiga bröstet var, förstod inte förrän de inte hade några. Damen och medarbetare (2010) visar resultat i sin studie att 90% av kvinnorna som alla hade blivit opererade med DIEP lambå var nöjda. Kvinnornas nöjdhet var positivt och signifikant relaterad till känslan att det nya bröstet kändes som deras eget. Kvinnorna med sen rekonstruktion var mer positiva om förändringar i sin kvinnlighet än kvinnorna som gjorde direkt rekonstruktion. En egyptisk studie visar resultat där kvinnor som gjorde direkt bröstrekonstruktion efter mastektomi upplevde bättre livskvalitet och tillfredsställelse med kroppsbilden än kvinnorna som endast gjorde mastektomi (Denewer et al. 2012).

Som helhet var kvinnorna nöjda med resultatet av bröstrekonstruktionen och av informationen av sin läkare. Annan forskning stödjer detta, om kvinnan är nöjd med informationen från läkaren så är det starkt associerat med nöjdheten och tillfredsställandet av resultatet av operationen (Ho et al. 2013). Wolf (del 2, 2004) menar att kvinnor ska och behöver få praktisk information om till exempel behå och badkläder. Det hjälper kvinnorna att känna att de är på väg tillbaka till en normal livsstil, att möjligheten att kunna bära en skön och snygg behå efter bröstrekonstruktionen gör att kvinnan kan känna sig mindre annorlunda än andra. Efter bröstrekonstruktionen menade flera i föreliggande studie att nu kände de sig hela igen. De såg fram emot att köpa en ny fin behå och att kunna ta på sig fina blusen och den satt bra igen. Damen och medarbetare (2010) visar resultat där nästan 90% av alla DIEP opererade kvinnor var nöjda med och uppskattade att kunna bära vilka kläder de ville, att bära badkläder eller inga alls. De kände sig fria att kunna göra vad de vill. Kvinnorna i en annan studie kände att bröstrekonstruktionen hade uppnått målet att känna sig fin och se bra ut i kläder men att oron över sjukdom och återfall kvarstod (Nissen et al. 2002). En kvinna i förekommande studie påtalade att med sin bröstrekonstruktion skulle hon kunna gå vidare och lämna sjukdomstiden bakom sig.

## **Metoddiskussion**

Användandet av kvalitativ metod är vanligt inom omvårdnadsforskning enligt Graneheim & Lundman (2004). Av nio tillfrågade kvinnor så tackade nio JA till medverkan i studien. En kvinna hade en nyupptäckt tumör och exkluderades därför från studien. Åldersspannet på de intervjuade kvinnorna var stort då den yngsta var 33 år och den äldsta 73 år vilket ger en stor variation och urvalet var strategiskt och konsekutivt vilket påverkar trovärdigheten positivt. Genom att använda semistrukturerade frågor så fick kvinnorna möjlighet att tala fritt om sina upplevelser i enlighet med Kvale (2009). Författaren (CN) upplevde att kvinnorna gärna delade med sig av sina upplevelser och tankar som de förmodligen inte hade gjort om frågorna varit strukturerade. Antal intervjuer är en begränsande faktor för att kunna dra stora slutsatser från den aktuella studien, men det förekom inte fler DIEP-opererade kvinnor tillgängliga för återbesök 1-3 månader efter operation vid tidpunkten för den aktuella studien. Enligt Malterud (2009) kan dock även ett litet antal intervjuer (4-7) vara tillräckligt för att ge ett rikt material. Bedömning av överförbarheten ökar inte med proportionellt med antal

individer i materialet. Metoden ger inte generaliserbar kunskap men överförbar kunskap. Författaren (CN) bedömde att mättnad fanns efter 8 intervjuer. Intervjuguiden som användes innehöll några bakgrundsfrågor och 5 huvudfrågor. Vid skapande av kategorier och teman så har kontexten betydelse. En aspekt av kontexten är det sammanhang i vilket studien genomförs. Tolkning av texter förutsätter därför kunskap om bland annat deltagarnas ålder och familjesituation (Granskär & Höglind-Nielsen 2012).

Genom att använda manifest ansats så handlade analysen om det uppenbara vilket begränsar användningen av citat något. Vad gäller tillförlitligheten i en kvalitativ studie så menar Graneheim och Lundman (2004) att en text involverar alltid flera betydelser och att i en innehållsanalys blir det alltid någon form av tolkning, mer eller mindre djup. Viktigt när man diskuterar tillförlitligheten i en kvalitativ analys. Innehållsanalysen har åtgärder för att uppnå tillförlitlighet (trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet) under de olika stegen i forskningsförfarandet. Intervjuerna som utfördes på kort tid gav mycket information och författaren (CN) överförde informationen till studien korrekt enligt analysmetod och i direkt anslutning till intervjuerna vilket ger en bra pålitlighet. Författaren (CN) var noga med att inte göra några egna tolkningar av vad kvinnorna sade utan transkriberade noggrant och ordagrant till exempel tystnad, suckar, skratt och gester, eftersom detta kan påverka underliggande mening. Då det endast är författaren (CN) själv som dragit slutsatser utifrån intervjuerna påverkar det trovärdigheten negativt.

Texter baserade på intervjuer och observationer formas inom en interaktion mellan forskaren och deltagaren. Författaren (CN) upplever att viss information från de intervjuade kvinnorna skulle kunna hamna i båda kategorierna ”oro” och ”självkänsla” då de överlappar, men enligt Graneheim och Lundman (2004) är det inte alltid möjligt att skapa uteslutande kategorier när en text handlar om upplevelser.

Resultatet hur kvinnorna upplever sin livskvalitet innan och efter bröstrekonstruktionen skulle kunna vara mer påtagligt om studien hade utförts vid två tillfällen. Innan operationen och cirka 6 månader efter bröstrekonstruktionen då de inte varit lika påverkade av postoperativa upplevelser som till exempel smärta. Anledningen till att studien utfördes efter 1-3 månader efter bröstrekonstruktionen var att kvinnorna fortfarande skulle ha den pre-operativa informationens innehåll aktuellt. Författaren (CN) upplever att syftet att beskriva kvinnors upplevelse om den pre-operativa informationen samt livskvaliteten kring bröstrekonstruktion med DIEP lambå, har uppnåtts. Kvinnorna upplevde nöjdhet och tillfredsställelse med

resultatet av bröstrekonstruktionen med DIEP lambå. Livskvaliteten ökade med större frihet i det dagliga livet och känslan av att vara hel igen. Den skriftliga pre-operativa informationen behöver utvecklas och förbättras.

### **Kliniska implikationer**

Studien kan ses som en första utvärdering om hur kvinnorna upplever informationen inför en bröstrekonstruktion. Många studier visar att informationen är mycket viktig för kvinnan som står inför ett stort beslut om vilken metod hon ska välja för att få ett nytt bröst. Föreliggande studie kommer att användas som bakgrundsmaterial och ingå i ett större projekt på plastikkirurgiska kliniken som är i startfasen. Projektets mål är att utarbeta en bra och tillgänglig information som ska nå kvinnor som opererats för bröstcancer eller opererats i förebyggande syfte och överväger eller är aktuella för bröstrekonstruktion.

### **Framtida studier**

Fler studier behövs för att kunna utvärdera kvinnornas informationsbehov och dess möjligheter att ta till sig den pre-operativa informationen på bästa möjliga sätt

### **Konklusion**

Kvinnorna upplevde nöjdhet och tillfredsställelse med resultatet av bröstrekonstruktionen med DIEP lambå. Livskvaliteten ökade med större frihet i det dagliga livet och känslan av att vara hel igen. Kvinnorna upplevde trygghet med att kunna ringa och maila sjuksköterska när frågor och funderingar kring bröstrekonstruktionen uppkom. Vilken muntlig information kvinnorna fått visade sig variera mycket både i kvalitet och kvantitet. Den skriftliga pre-operativa informationen behöver utvecklas och förbättras.

Med bättre information så finns möjlighet för kvinnan att känna bättre tillfredsställelse vilket kan leda till bättre livskvalitet med minskad oro och bättre självkänsla i samband med bröstrekonstruktion.



## Referenser

Avis, N.E., Crawford, S. & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. (2005). *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3322-3330.

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

Brehaut, J.C., O'Connor, A.M. & Wood, T.J. (2003). Validation of a decision regret scale. *Medical Decision Making*, 23, 281-292.

Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation BRO (2005). *Bröstcancer, Vad händer när man drabbas?* Hämtad 14 Feb, 2014 från <http://www.bro.org.se>

Butow, P., Brindle, E., McConnell, D., Boakes, R. & Tattersall, M. (1998). Information booklets about cancer: factors influencing patient satisfaction and utilization. *Patient Education and Counselling*, 33, 129-141.

Cline, R.J.W. & Haynes, K.M. (2001). Consumer health information seeking on internet: the state of art. *Health Education Research*, 16 (6), 671-692.

CODEX. Regler och riktlinjer för forskning. Hämtad 22 Jan, 2014, från <http://codex.vr.se>

Contant, C.M., van Wersch, A.M., Wiggers, T., Wai, R.T. & van Geel, A.N. (2000). Motivations, satisfaction, and information of immediate breast reconstruction following mastectomy. *Patient education Counseling*, 40, 201-208.

Cooley, M.E., Moriarty, H., Berger, M.S., Selm-Orr, D., Coyle, B. & Short, T. (1995). Patient literacy and the readability of written cancer educational materials. *Oncology Nursing Forum*, 22 (9), 1345-1351.

Damen T.H.C., Timman R., Kunst E.H., Gopie J.P., Bresser P.J.C., Seynaeve C,... Tibben, A. (2010). High satisfaction rates in women after DIEP flap breast reconstruction. *Journal of plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 63, 93-100.

Denewer, A., Farouk, O., Kotb, S., Setit, A., el-khalek, S.A. & Shetiwy, M. (2012). Quality of life among Egyptian women with breast cancer after sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction: a comparative study. *Breast cancer research treatment*, 133, 537-544. DOI 10.1007/s10549-011-1792-8

- Drazan, L., Vesely, J., Hyza, P., Castagnetti, F., Stupka, I., Justan, I.,... Monni, N. (2008). Bilateral Breast reconstruction with DIEP flaps: 4 years experience. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 61,1309-1315.
- Fallbjörk, U., Karlsson, S., Salander, P. & Rasmussen, H.B. (2010). Differences between women who have and have not undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer. *Acta Oncology*. 49(2), 174-179.
- Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, H. B. (2012). From "No big deal" to "Losing oneself" – Different meanings of mastectomy. *Cancer Nursing*, 35(5), 41-48.
- Fallowfield, L., Hall, A., Maquire, G. & Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British medical journal*, 301, 575-580.
- Granehim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing researsch: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-12.
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 2:a uppl.* Lund: Studentlitteratur.
- Hamberger, B. & Haglund, U. (2009). *Kir. 7:e uppl.* Stockholm: Studentlitteratur.
- Henderson, A. & Chien, W. (2004). Information needs of Hong Kong Chinese patients undergoing surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 960-966.
- Ho, A.L., Klassen, A.F. Cano, S., Scott, A.M. & Pusic, A.L. (2013). Optimizing patient-centered in breast reconstruction: the importance of preoperative information and patient-physician communication. *Plastic Reconstructive Surgery* 132, 212-220.
- Hope, S., Williams, A.E. & Lunn, D. (2000). Information provision to cancer patients: a practical example of identifying the need for changes in practice from the Dorset Cancer Centre. *European Journal of Cancer Care*, 9, 238-242.
- Hopwood, P., Lee, A., Shenton, A., Baildam, A. & Brain, A. (2000). Clinical follow-up after bilateral risk reducing (prophylactic) mastectomy: mental health and body image outcomes. *Psycho-Oncology* 9 (6), 462-472.

Hughes, S. (2002). The effects of giving patients pre-operative information. *Nursing Standard*, 16 (28), 33-37.

Hoyer, M., Johansson, B., Nordin, K., Bergkvist, L., Ahlgren, J., Lidin-Lindqvist, ... M., Lampic, C. (2011). Health-related quality of life among women with breast cancer – a population-based study. *Acta Oncologica*, 50, 1015-1026.

Isern, A.E., Tengrup, I., Loman, N., Olsson, H. & Ringberg, A. (2008). Aesthetic outcome, patient satisfaction, and health-related quality of life in women at high risk undergoing prophylactic mastectomy and immediate breast reconstruction. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic surgery*, 61, 1177-1187.

Joyce, C.W., Morrison, C.M., Sgarzani, R. & Blondeel, P.N. (2013). Patient preferences in an online breast reconstruction resource. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic surgery*, 66, 380-381.

Kerrigan, C.L., Pusic, A. & Thompson, T.A. (1999). Surgical options for early stage breast cancer: factors associated with patient choice and postoperative quality of life. *Plastic Reconstructive Surgery*, 104, 1325-1333.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lam, A., Secors, S., Butler, K., Hofer, S.O.P., Liu, E., Metcalfe, K.A. & Zhong, T. (2012). A breast reconstruction needs assessment: How does self-efficacy affect information access and preferences? *Canadian journal plastic surgeons*, 20 (1), 37-42.

Lam, W., Fielding, R., Chan, M. & Chow, L. (2004). Gambling with your life: the process of breast cancer treatment decision making in Chinese women. *Psycho-Onkology*, 14 (1), 1-15. DOI: 10.1002/pon.803

Lindahl, A. & Audolfsson, T. (2014). *Bröstrekonstruktion*. Uppsala: Internetmedicin. Hämtad 21 mars, 2014, från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=3529>

- Lithner, M. & Zilling, T. (2000). Pre- and postoperative information needs. *Patient Education Counseling*, 40 (1), 29-37.
- Lundström, E. (2012). *Livskvalitet med Perkutan aortaklaff*. D-uppsats, avancerad nivå. Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. (2.uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Neligan, P.C. & Grotting, J.C. (2013). *Plastic Surgery Breast*. Volume 5. (3.uppl.) London, New York, Oxford, St Louis, Sydney, Toronto: Elsevier Saunders
- Nissen, M.J., Swenson, K.K. & Kind, E.A. (2002). Quality of life after post mastectomy breast reconstruction. *Oncology Nursing Forum*, 29 (3), 547-553.
- Olsson, J. & Pettersson, J. (2007). Medlemsundersökning – BRO I samarbete med AstraZeneca. Hämtad 7, Nov, 2013, från <http://www.bro.org.se/>
- Pierce, P.F. (1993). Deciding on breast cancer treatment: a description of decision behavior. *Nursing Research* 4(1), 22-28.
- Reaby, L.L. (1998). Reasons why women who have mastectomy decided to have or not have breast reconstruction. *Plastic Reconstructive Surgery*, 101(7), 1810-1818.
- Sandell, K. (2001) *Att (åter)skapa det normala*. Lund: Arkiv Förlag.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), (2012). Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården. Hämtad 5 maj, 2014, från <http://www.sbu.se/sv/vetenskap-Praxis/vetenskap-och-praxis/Viktigt-men-svårt-mäta-livskvalitet/>
- Sheehan, J., Sherman, K.A., Lam, T. & Boyages, J. (2007). Association of information satisfaction, psychological distress and monitoring coping style with post-decision regret following breast reconstruction. *Psycho-Oncology*, 16, 342-351.
- Tan, M.L.H., Kok, K., Ganesh, V. & Thomas, S.S. (2014). Patient information on breastreconstruction in the era of the world wide web. A snapshot analysis of information available on youtube.com. *The breast*, 23, 33-37.
- Walton, L., Ommen, K. & Audisio, R..A. (2011). Breast reconstruction in elderly women breast cancer: A review. *Cancer treatment Reviews*, 37, 353-357.

Wolf, L. (2004). The information needs of women who have undergone breast reconstruction. Part I: decision-making and sources of information. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 211-223.

Wolf, L. (2004). The information needs of women who have undergone breast reconstruction. Part II: information giving and content of information. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 315-324.

World Health Organisation (WHO), (2006). Constitution of the World Health Organisation. Hämtad 6 Maj, 2014, från [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

Zhong, T., Hu, J., Bagher, S., O'Neill, A.C., Beber, B., Hofer, S.O.P. & Metcalfe, K.A. (2013). Decision regret following breast reconstruction: The role of self-efficacy and satisfaction with information in the preoperative period. *Plastic and reconstructive surgery*, 132(5), 724-734.

**Bakgrundsfrågor;**

- Hur bor du?
- Lever du ensam eller är du gift eller sambo?
- Togs bröstet bort pga cancer eller i förebyggande syfte?
- När gjordes bröstrekonstruktionen?

**Intervjuguide:**

1. Om du opererade bort bröstet pga cancer, hur upptäcktes den?  
Berätta hur du upplevde tiden kring bröstcanceroperationen.
2. När började du tänka på bröstrekonstruktion?  
Vilken information fick du om bröstrekonstruktion?  
Hur fick du informationen, muntligt? Skriftligt?  
Vem gav dig informationen? Och när?  
Kände du dig nöjd med informationen? (var det tillräckligt/för mycket/inadekvat?)  
Om nej, vad saknade du? Hade informationen kunnats ge på något annat sätt, av någon annan person, vid något annat tillfälle? När i så fall?
3. Beskriv hur du mår idag.
4. Beskriv om och hur bröstrekonstruktionen har påverkat dig?  
Var det viktigt med bröstrekonstruktion för dig? Varför?  
Uppfylldes rekonstruktionen dina förväntningar?  
Ge exempel på aktiviteter som du kan göra nu efter rekonstruktionen!
5. Beskriv vad som är viktigt för dig för att du ska må bra, att du har en bra livskvalitet?

**Avslutande frågor;**

- Är det något mer du vill berätta?
- Får jag ta kontakt med dig för att ställa någon ytterliggare fråga?

Jag arbetar som operationssjuksköterska vid ÖNH/Plastik operation och ska skriva en D-uppsats under våren 2014.

Jag undrar om jag kan få intervjua Dig om hur du mår och hur du upplevde informationen kring din bröstrekonstruktion.

Intervjun tar cirka 30-45 minuter och kommer att spelas in på band. Den kommer sedan att skrivas ut ordagrant och analyseras enligt en särskild vetenskaplig analysmetod. Banden kommer att förvaras inlåsta och endast jag kommer att ha tillgång till dem.

Det är helt frivilligt att delta och du kan när som helst avbryta deltagandet om du vill. Det utgår ingen ekonomisk ersättning. Allt material kommer att hanteras konfidentiellt och därför kommer inga uppgifter att kunna härledas just till dig.

Min handledare är Maria Mani, Plastikkirurg och Överläkare vid Plastikkirurgen på Akademiska sjukhuset.

Med vänliga hälsningar

Kicki Nilsson  
Operationssjuksköterska ÖNH/Plastikoperation  
Akademiska sjukhuset Uppsala  
Telefon: 018-6115455

JA, jag ger mitt samtycke till att delta i studien

.....  
Namn Datum Ort



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap  
Vårdvetenskap

ANSÖKAN OM TILLSTÅND FÖR ATT GENOMFÖRA EN STUDIE INOM RAMEN  
FÖR EXAMENSARBETE

Preliminär titel: *Kvinnors upplevelse av preoperativ information  
kring bröstrekonstruktion med DIEP-lambå*

Studiens design: se bifogad projektplan Tidpunkt för datainsamling: *Mars - Juni 2014*

Namn:

*Christina Nilsson*

Program / Kurs:

*Uppsals kurs i vårdvetenskap, avancerad nivå* Termin: *VT 2014*

Gatuadress:

*Ellegatan 1*

Postnummer:

*75316*

Ort:

*UPPSALA*

Telefon:

*070-2043746*

Handledare:

*Maria Mani*

Gatuadress:

*Bröstugavägen 8*

Postnummer:

*75356*

Ort:

*Uppsala*

Telefon:

*0709628260*

Tillstånd för att genomföra ovanstående studie lämnas härmed och studien bedöms  
utgöra en del av det kvalitetsutvecklingsarbete som bedrivs inom kliniken och anses  
därför ej behöva granskas av Medicinska fakultetens forskningsetikkommitté

Tillstånd för att genomföra ovanstående studie lämnas härmed men studien bör  
granskas av Medicinska fakultetens forskningsetikkommitté

Tillstånd för att genomföra ovanstående studie lämnas ej

Datum: *13/2-14*

Ort: *Uppsala*

Namnteckning ansvarig klinikchef/överläkare

vårdcentralschef/verksamhetschef:

Namnförtydligande:

Klinik (motsv.):

*Gunilla Nygård*  
Verksamhetschef  
Plastik- & Käkkirurgi  
Akademiska Sjukhuset

25



..