



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**IMMAGINE CORPOREA E SESSUALITÀ NELLE DONNE
DOPO LA MASTECTOMIA**

Relatore: Claudio Mantoan

Laureanda: Giulia Grosselle

ANNO ACCADEMICO 2014/2015



(www.fotolog.com)

*Lascia che io torni a respirare,
e mai così tanto saprò
apprezzare la vita.
Il vuoto che esso mi lascerà nel petto,
lo farò occupare
tutto dal cuore.*
Marina Gaddi

INDICE

ABSTRACT/RIASSUNTO

INTRODUZIONE	1
1. PROBLEMA	3
1.1 IL TUMORE AL SENO.....	3
1.2 LA MASTECTOMIA	7
1.2.1 Complicanze fisiche	9
1.2.2 Il ruolo dell'infermiere nella mastectomia	10
2. MATERIALI E METODI	11
3. RISULTATI DELLA RICERCA	19
3.1 IMMAGINE CORPOREA	23
3.2 SESSUALITÀ	26
3.3 IL PARTNER E I SUOI TIMORI.....	29
4. DISCUSSIONE	31
5. CONCLUSIONI	34
SITOGRAFIA	35
BIBLIOGRAFIA	36

ABSTRACT/RIASSUNTO

Background: L'intervento chirurgico di mastectomia per il trattamento del tumore al seno altera in maniera irreversibile l'immagine corporea e questo porta inevitabilmente a delle ripercussioni sul piano della sessualità, per la paziente stessa e per il partner.

La donna che subisce questo intervento, dovrà riuscire a convivere con un nuovo concetto del proprio aspetto corporeo fin dall'immediato post operatorio.

Obiettivi: L'obiettivo di questa revisione è ricercare in letteratura studi scientificamente approvati che indaghino il cambiamento relativo all'immagine corporea e alla sessualità nelle donne dopo la mastectomia e gli interventi realizzabili dagli infermieri per sostenere la donna in questo difficile momento.

Strumenti di ricerca: Si sono ricercati documenti ed articoli scientifici che prendono in considerazione il quesito di ricerca. La ricerca è stata condotta attraverso Google, le banche dati internazionali "PubMed" e "Scopus" mediante l'uso di termini liberi e termini MeSH. Sono stati presi in considerazione 25 articoli.

Risultati: Tutti gli studi riportano come rilevante risultato comune il fatto che la donna vive il disagio della propria alterazione corporea anche a distanza di anni dall'operazione chirurgica. Le difficoltà che le pazienti riferiscono sono: perdita del senso di femminilità, sensazione di mutilazione, riduzione dell'attrattiva sessuale e perdita di autostima. Gli interventi infermieristici realizzabili per cercare di ridurle possono essere: dialogo durante tutto il percorso, informazioni adeguate date nel pre-operatorio, utilizzo degli specchi per "conoscere" il sito di incisione, indirizzare la donna verso una consulenza sessuologica e orientarla verso organizzazioni di auto aiuto e gruppi di sostegno a cui potrà partecipare anche il partner.

Conclusioni: La mastectomia comporta sempre delle problematiche che possono essere prettamente fisiche, estetiche, ma anche psicologiche per il forte senso di mutilazione e vi sono anche ripercussioni sulla sfera sessuale, in particolare sulla vita di coppia.

L'infermiere può indagare queste dinamiche interne della donna e fornirle il supporto necessario, in collaborazione anche con altri professionisti e coinvolgendo quando più opportuno anche il partner.

Parole chiave: Mastectomia, qualità di vita, sessualità, comportamento sessuale, immagine corporea, concetto di sé, cancro al seno, infermiere.

Keywords: Mastectomy, quality of life, sexuality, sexual behaviour, body image, self – concept, breast neoplasms, nurses.

INTRODUZIONE

Molto spesso il cambiamento fisico diventa la conferma alla diagnosi di cancro che rappresenta di per se un evento traumatico. Questo obbliga la paziente a superare la fase di negoziazione della malattia mettendola in difficoltà, perché costretta a rielaborare la sua immagine corporea, oltre che a convivere con molte paure, stati d'animo e proiezione nel futuro che diventa qualcosa di incerto (Kim et al., 2015).

La mastectomia crea cambiamenti fisici alla persona difficili da accettare, la donna guardandosi allo specchio rievoca continuamente i pensieri della malattia e del suo disagio nell'accettazione della stessa (Freysteinson et al., 2012b).

Questo elaborato nasce da un interesse personale verso questa tematica, infatti molte volte durante il tirocinio mi sono trovata ad assistere donne sottoposte a mastectomia che nel periodo successivo all'intervento mostravano preoccupazione per l'aspetto che avrebbe avuto il loro corpo dopo l'asportazione del seno e per come i propri partner e le persone che le circondano avrebbero vissuto tali cambiamenti.

Analizzando la letteratura ho potuto constatare come questo problema venga spesso sottovalutato, infatti la maggior parte degli articoli riguardanti il periodo post-mastectomia analizza le complicanze fisiche dell'intervento minimizzando quelle psicologiche.

Lo scopo della ricerca è comprendere in che modo la donna vive il cambiamento del proprio aspetto fisico, in ambito psicologico ed emotivo, in merito all'immagine corporea, alla sessualità, il rapporto con il partner e quali sono gli interventi che l'infermiere può attuare, dopo l'operazione di mastectomia in seguito a carcinoma mammario per cercare di ridurre l'insorgere di queste problematiche, che generalmente si trova ad affrontare poiché è la persona che sta a contatto maggiormente con il malato (Quintard et al., 2014).

Da questa revisione è stata trovata una risposta comune, ovvero la maggior parte delle donne dopo la mastectomia presentano complicanze psicologiche quali: sensazioni di mutilazioni, perdita di femminilità, deprezzamento del valore del proprio corpo, riduzione dei sentimenti dell'attrattiva sessuale, riduzione dell'autostima (Heidari et al., 2015).

Gli interventi infermieristici realizzabili per cercare di ridurre le complicanze psicologiche possono essere: dialogare e soprattutto ascoltare la paziente durante tutto il percorso, dare informazioni adeguate nel pre-operatorio, utilizzare degli specchi per "conoscere" il sito di incisione, indirizzare

la donna verso una consulenza sessuologica ed orientarla ad organizzazioni di auto aiuto e gruppi di sostegno a cui potrà partecipare anche il partner.

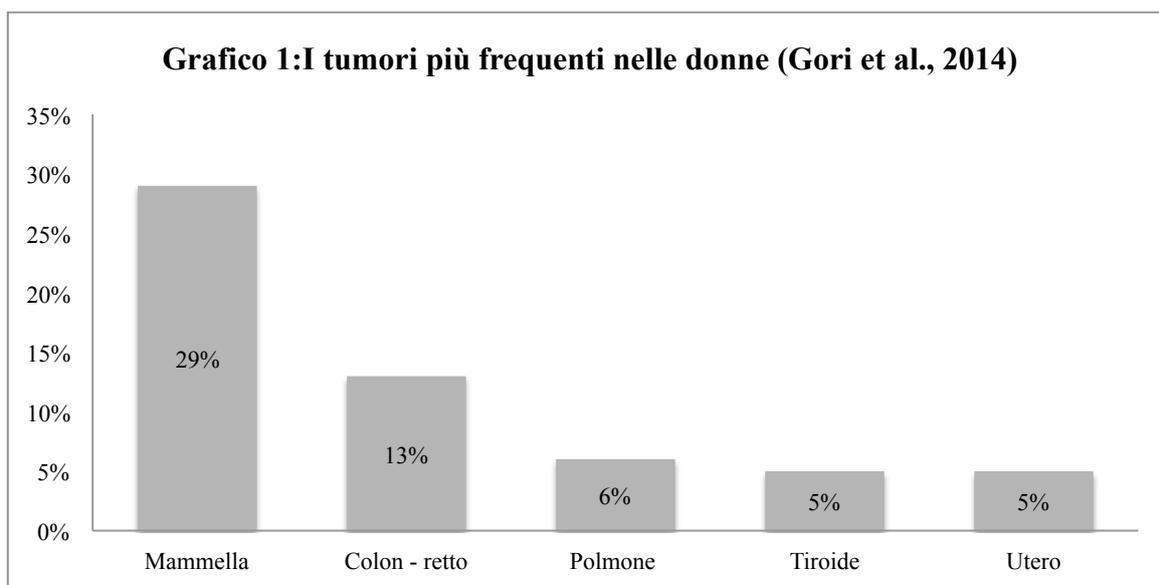
Si è effettuata una revisione di letteratura, ricercando e analizzando articoli scientifici, libri, articoli di riviste e pubblicazioni sul web rilevanti per il quesito, in cui si è cercato di comprendere come la paziente vive questi rilevanti cambiamenti sul proprio aspetto fisico, lo stato d'animo che l'accompagna nel cammino della sua malattia e come l'infermiere la può supportare in questo delicato momento.

Questo elaborato presenta un primo capitolo dove viene presentato il problema principale, ovvero il tumore al seno e l'intervento chirurgico di mastectomia. Nel secondo capitolo viene analizzato il quesito di ricerca ed i materiali e metodi scelti. Nel terzo capitolo vengono esposti i risultati della ricerca effettuata con particolare attenzione alla letteratura riguardante gli effetti sull'immagine corporea, i timori del partner e la sessualità della donna dopo l'intervento chirurgico. Nel quarto capitolo si riportano degli interventi infermieristici attuabili per supportare la donna in questo difficile momento della sua vita. Si conclude con il quinto capito in cui si valuta in modo critico la letteratura analizzata, si evidenziano i punti di forza e di debolezza di questa revisione.

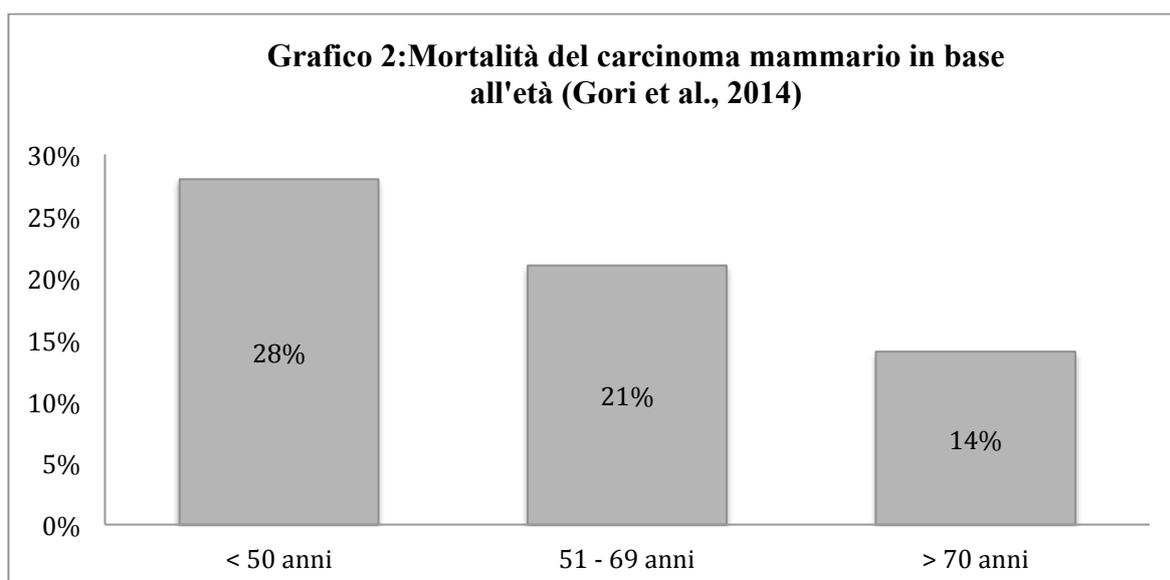
CAPITOLO 1: PROBLEMA

Il cancro al seno è il tumore più comune nelle donne a livello mondiale (grafico n.1), è la prima causa di decesso per cancro nelle donne.

Il cancro al seno rappresenta la manifestazione oncologica più frequentemente diagnosticata tra le donne sia nella fascia d'età 0-49 anni (41%), sia nella classe d'età 50-69 anni (36%) ed anche in quella maggiore ai 70 anni (21%) (Gori et al., 2014).



Nel 2013 il carcinoma mammario ha rappresentato la prima causa di morte per tumore nelle donne, con circa 12.500 decessi stimati; al primo posto anche in diverse età della vita (grafico n.2), rappresentando il 28% delle cause di morte oncologica prima dei 50 anni, il 21% tra i 51 e i 69 anni e il 14% dopo i 70 anni (Gori et al., 2014).



Grazie al crescente uso della mammografia, molti tumori al seno sono diagnosticati in una fase precoce, prima della comparsa dei sintomi classici; tuttavia, troppo spesso viene ancora riscontrato dalle donne stesse scoprendolo quando è già in stadio avanzato.

I sintomi più comuni, sono imputabili a dei cambiamenti della mammella o del capezzolo e possono essere (Costa et al., 2014):

- Mammella: - variazioni di dimensioni o forma;
- rilievi o infossamenti sulla superficie (pelle a buccia d'arancia);
- presenza di protuberanza o ispessimento.
- Capezzolo: - retrazione (verso l'interno);
- protuberanza o ispessimento nell'area situata dietro al capezzolo;
- eczema sul capezzolo o nell'area circostante (in casi rari);
- secrezione ematica (in casi molto rari).
- Braccio: - gonfiore a livello dell'ascella.

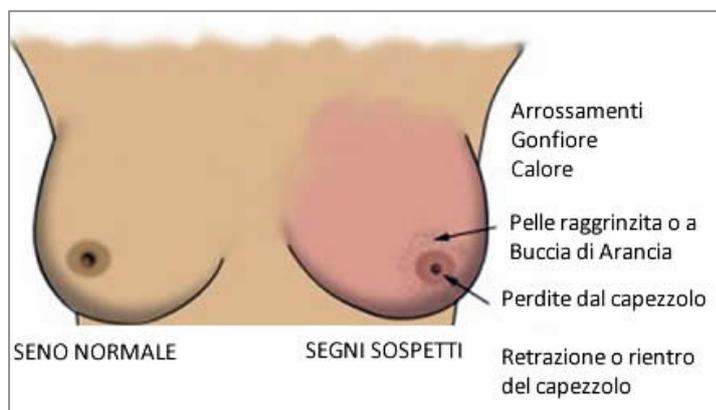


Immagine 3: Segni sospetti del tumore al seno (www.my-personaltrainer.it)

Il cancro al seno è una patologia che può essere causata da svariati fattori (Costa et al., 2014; Gori et al., 2014; Brunner & Suddarth, 2010):

- *età e sesso*: il sesso è il principale fattore di rischio per tumore mammario, infatti, la patologia interessa le donne per il 99% dei casi; anche l'età rappresenta un fattore di rischio poiché la neoplasia si presenta con maggiore incidenza nelle donne ultraquarantenni;
- *Anamnesi positiva*: storia familiare e personale di precedente trattamento per patologia mammaria, comporta un rischio elevato di contrarre la stessa patologia nella mammella controlaterale;
- *Fattori ormonali*: menarca precoce (prima mestruazione prima dei 12 anni), nulliparità (non aver avuto gravidanze), primiparità tardiva (prima gravidanza dopo i 30 anni), menopausa tardiva (cessazione delle mestruazioni dopo i 50 anni), terapia ormonale sostitutiva,

- ovariectomia (asportazione dell'ovaio);
- *Mancato allattamento al seno*: allattare, infatti, previene il ritorno della fase mestruale, determinando una riduzione dell'esposizione a estrogeni endogeni;
 - *Precedente radioterapia toracica* (soprattutto se eseguita prima dei 30 anni);
 - *Stile di vita*: consumo di alcolici, obesità, scarsa attività fisica, elevato consumo di carboidrati e grassi saturi;
 - *Fattori genetici*: il 5-7% dei tumori mammari è legato a fattori ereditari.

Sono stati identificati alcuni fattori protettivi nei riguardi del cancro alla mammella, tra cui gravidanza a termine entro i 30 anni di età, allattamento al seno ed esercizio fisico regolare (Brunner & Suddarth, 2010).

Grazie alle maggiori conoscenze inerenti alle caratteristiche di questo tumore e ai progressi nella diagnosi precoce e nel campo farmacologico, le sue probabilità di cura oggi sono molto aumentate (Cope et al., 2013).

Gli screening sono (Gori et al., 2014; Dri et al., 2013):

- *Autopalpazione*: consente di identificare precocemente le trasformazioni del proprio seno;
- *Valutazione clinica della mammella*: è buona abitudine fare una visita annuale dal ginecologo o medico esperto indipendentemente dall'età;
- *Ecografia*: è un esame molto utile per esaminare il seno giovane, poiché in questo caso la mammografia non è adatta. Si consiglia di farvi ricorso, su suggerimento del medico, in caso di comparsa di noduli;
- *Mammografia bilaterale*: è il metodo attualmente più efficace per la diagnosi precoce. L'Osservatorio nazionale screening suggerisce una mammografia ogni 2 anni, dai 50 ai 69 anni di età, ma la cadenza può variare a seconda delle considerazioni del medico sulla storia personale di ogni donna. Nelle donne che hanno avuto una madre o una sorella malata in genere si comincia prima, verso i 40-45 anni;
- *Risonanza magnetica mammaria*: utilizzata soprattutto in donne con predisposizione genetica/importante storia familiare, a partire dall'età di 25 anni e nelle donne che hanno ricevuto irradiazione toracica prima dei 30 anni di età, iniziando dall'età di 40 anni o comunque 8-10 anni dalla radiazione.

Fortunatamente, i progressi nello screening del cancro al seno ed i successivi trattamenti hanno portato ad aumentare i tassi di sopravvivenza, con il 50% delle donne che sopravvivono fino a 5 anni dopo aver avuto la diagnosi (Gori et al., 2014).

Sopravvivenza al cancro mammario in relazione alla stadiazione	
Stadio	Tasso di sopravvivenza a 5 anni*
0	100
I	98
IIA	88
IIB	76
IIIA	56
IIIB	49
IIIC	**
IV	16

Grafico 4:* il tasso di sopravvivenza a 5 anni si riferisce alla percentuale di donne che sopravvivono almeno 5 anni dopo la diagnosi di tumore. Molte persone hanno una sopravvivenza maggiore di 5 anni. Le assistite decedute per cause diverse dal tumore mammario non sono state incluse nel computo del tasso.

**non sono disponibili dati relativi alla sopravvivenza delle donne con cancro in stadio IIIC, infatti tale stadio è stato definito solo recentemente. (Brunner & Suddarth, 2010).

1.2 LA MASTECTOMIA

Il chirurgo, nei casi in cui si renda necessaria l'asportazione chirurgica della mammella, discuterà con la donna il tipo di intervento più appropriato in funzione delle dimensioni e della diffusione del tumore (Costa et al., 2014).

La tecnica chirurgica può essere (Costa et al., 2014):

- conservativa: asportazione solo del tumore con un'area di tessuto mammario circostante (resezione conservativa);
- demolitiva: asportazione di tutta la mammella (mastectomia).

La mastectomia è un intervento chirurgico che prevede l'asportazione completa della ghiandola mammaria. Il termine deriva dall'unione di due parole greche: mastòs, che significa mammella, e tomè che significa "tagliare, portare via, asportare"; è un intervento demolitivo e può prevedere l'asportazione della sola ghiandola mammaria a cui si può associare la rimozione di cute, del complesso areola-capezzolo e dei muscoli pettorali a seconda dell'estensione o della gravità della malattia.

Prima di procedere con la mastectomia possono essere necessari dei trattamenti di *chemioterapia* e/o di *ormonoterapia* (grafico n.5), che hanno lo scopo di ridurre le cellule tumorali per cercare di evitare il più possibile un intervento troppo invasivo (Pagani, 2015).

CHEMIOTERAPIA	ORMONOTERAPIA
La chemioterapia è un trattamento terapeutico a base di sostanze chimiche che viene utilizzato per eliminare le cellule che crescono più rapidamente delle cellule normali (e quindi anche le cellule tumorali). Può provocare numerosi disturbi ed effetti collaterali, come perdita di capelli, nausea, vomito e diarrea, ma ha un'alta percentuale di guarigione per il cancro, per questo motivo viene utilizzato solitamente come trattamento terapeutico di prima scelta.	L'ormonoterapia è una terapia ormonale a base di farmaci che cerca di bloccare l'attività degli ormoni estrogeni, che gli esperti considerano essere coinvolti nello sviluppo dei tumori. Può essere utilizzata abbinata alla chemioterapia o anche da sola.

Figura 5: Chemioterapia e ormonoterapia utilizzate nel trattamento del tumore al seno (Pagani, 2015).

L'intervento di mastectomia può essere *indicato* nei casi seguenti (Pagani, 2015):

- il tumore occupa una zona ampia del seno;
- vi è più di una zona del seno interessata dal tumore;
- il tumore si trova al centro del seno o direttamente dietro al capezzolo.

L'intervento può richiedere una biopsia del linfonodo sentinella (il primo linfonodo a essere raggiunto da eventuali metastasi) o la linfadenectomia (asportazione delle stazioni linfonodali ascellari). Non esiste un solo tipo di mastectomia ma diversi tipi a seconda dell'estensione della neoplasia, delle sue caratteristiche, del coinvolgimento dei linfonodi e delle richieste della paziente (Brunner & Suddarth, 2010).

Distinguiamo quindi (Brunner & Suddarth, 2010):

- *Mastectomia totale*: è la rimozione completa di tutto il tessuto mammario può essere associata o meno ad asportazione più o meno ampia di cute e del complesso areola-capezzolo. Raramente si associa ad asportazione dei muscoli pettorali e non viene effettuato lo svuotamento del cavo ascellare.

Possiamo quindi suddividerla in:

- Mastectomia totale con risparmio di cute (skin sparing) o sottocutanea,
 - Mastectomia totale con risparmio della complesso areola-capezzolo (nipple sparing),
 - Mastectomia totale skin e nipple sparing, quando si associano le metodiche.
- *Mastectomia radicale*: è l'asportazione di tutta la ghiandola mammaria, inclusa l'areola, associata ad asportazione dei linfonodi ascellari attraverso lo svuotamento del cavo ascellare. Anche in questo caso la mastectomia può essere skin e/o nipple sparing ma, contemporaneamente, viene associato lo svuotamento dell'ascella dai linfonodi in essa collocati.

Una variante prevede, quando vi è necessità, di asportare solo il linfonodo sentinella. Qualora questo linfonodo, riconosciuto e asportato con metodiche differenti, fosse sede di metastasi di tumore, si procede allo svuotamento dell'ascella. In caso contrario i linfonodi si possono conservare (Gori et al., 2014; Brunner & Suddarth, 2010).

1.2.1 Complicanze fisiche

Le *complicanze* fisiche che potrebbero verificarsi dopo l'intervento, possono essere (Costa et al., 2014; Brunner & Suddarth, 2010):

- *Dolore locale post-chirurgico*: localizzato in sede d'intervento nell'immediato decorso post-operatorio, scompare dopo qualche settimana;
- *Ematoma*: accumulo di sangue nei tessuti attorno alla ferita che si forma nell'arco delle prime 12 ore dall'intervento;
- *Sieroma*: raccolta di linfa o siero nel sito dell'intervento chirurgico;
- *Linfedema*: gonfiore del braccio o della mano omolaterali (immagine n.6), che consiste nell'accumulo di linfa, dovuto alla rimozione dei linfonodi ascellari. La formazione del linfedema non è sempre immediata infatti in alcuni casi può avvenire a distanza di mesi o anni;



Immagine 6: Il linfedema del braccio compromette l'autonomia della donna perfino nelle più semplici attività quotidiane. Può provocare dolore e sfigura l'immagine corporea e la percezione di sé (Graziottin, 2009).

- *Infezione*: seppur rara rappresenta un problema potenziale per ogni procedura chirurgica, trattato con terapia antibiotica; prima della dimissione la donna deve essere istruita a riconoscere e monitorare eventuali segni di infezioni.

Dopo l'operazione di mastectomia, oltre a queste possibili complicanze fisiche, potrebbero essere riscontrati problemi di tipo psicologico che verranno trattati nei prossimi capitoli.

1.2.2 Il ruolo dell'infermiere nella mastectomia

I principali obiettivi che l'infermiere si pone nell'assistenza ad una donna sottoposta a mastectomia sono (Cho et al., 2013; Brunner & Suddarth, 2010):

- Dare informazioni adeguate sulla malattia, sui trattamenti e sulle eventuali complicanze prima dell'intervento,
- Riduzione dello stress e dell'ansia pre-operatori,
- Riduzione del dolore post-operatorio,
- Miglioramento delle capacità di coping,
- Promuovere un pensiero positivo della propria immagine corporea,
- Miglioramento della funzione sessuale,
- Monitoraggio e assenza di complicanze.

È necessario che gli infermieri dedichino alle assistite il tempo necessario per comprendere a fondo il significato della diagnosi di tumore e le diverse opzioni di trattamento, chiedendo alla paziente di esprimere tutte le sue paure, senza aver timore di sembrare banale nelle domande che porranno o provare vergogna per ciò che riguarda i fatti più intimi (Brunner & Suddarth, 2010).

Dovrebbero mettere a disposizione la propria competenza per aiutare a superare le paure illustrando il percorso che conduce alla guarigione e al recupero rassicurando la paziente sulla costante presenza dell'infermiere e sul suo sostegno per ogni difficoltà; l'assistita dovrebbe conoscere tutte le risorse di cui potrà disporre anticipatamente dall'intervento, sia sul piano sociale che psicologico (Brunner & Suddarth, 2010).

Gli infermieri che lavorano a contatto con pazienti oncologici sono più preparati per affrontare questioni legate alla sessualità e all'immagine corporea, e in grado di offrire un valido sostegno specifico significativo per le pazienti; essi svolgono un ruolo fondamentale nell'affrontare le preoccupazioni derivanti dalla mastectomia offrendo suggerimenti relativi al posizionamento durante l'intimità, l'uso di prodotti sessuali e con suggerimenti che possono consentire ai partner di aiutare le donne ad adattarsi ai cambiamenti (Manganiello et al., 2011; Gilbert et al., 2010).

Gli infermieri hanno un ruolo importante nella promozione del dialogo tra la coppia, se necessario, per aiutarli nel loro processo decisionale circa la ricostruzione del seno, coinvolgendo e sostenendo i partner attraverso una decisione così importante (Sandham et al., 2007).

“È importante *aumentare l'autostima delle pazienti*, perché l'autostima è la risorsa più preziosa su cui esse possono contare” (Heidari et al., 2015); basandosi su questa affermazione diventa di fondamentale importanza il ruolo degli infermieri poiché educano e sostengono le pazienti in questo delicato momento e le aiutano a ricercare la speranza in un nuovo percorso (Heidari et al., 2015; Avci et al., 2013).

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

Il quesito di ricerca è: esistono interventi infermieristici efficaci nel supportare psicologicamente la donna all'accettazione della nuova immagine corporea e nei cambiamenti della sfera sessuale dopo l'intervento di mastectomia?

METODO PIO:

P = paziente donna adulta (dai 18 ai 65 anni) dopo intervento di mastectomia;

I = interventi infermieristici per sostenere psicologicamente la donna;

O = supporto psicologico ed emotivo alla paziente mastectomizzata per l'accettazione della nuova immagine corporea, e nei cambiamenti della sfera sessuale.

La ricerca è stata effettuata consultando libri, "Google", le banche dati internazionali "Pubmed" e "Scopus" cercando articoli attraverso termini liberi e termini Mesh; inoltre sono stati presi in considerazione gli articoli consigliati dalla banca dati stessa con argomenti inerenti al quesito.

Per la realizzazione di questa tesi, sono state utilizzate le seguenti parole chiave: mastectomy, body image, sexuality, sexual behaviour, self-concept, breast neoplasms, nurses, mastectomy / nursing / psychology / education / rehabilitation.

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
<ul style="list-style-type: none">• <i>Periodo:</i> studi dal 2007 al 2015• <i>Formato degli studi:</i> full text• <i>Popolazione:</i> pazienti adulte con età compresa tra i 18 – 65 anni, solo donne.	<ul style="list-style-type: none">• <i>Popolazione:</i><ul style="list-style-type: none">- pazienti sottoposte a mastectomia profilattica;- mastectomia eseguita su paziente di sesso maschile.

BANCHE DATI	PAROLE CHIAVE	ARTICOLI TROVATI	ARTICOLI SELEZIONATI	TITOLO ARTICOLI SELEZIONATI
Pubmed	<p>“Mastectomy” [Mesh] AND “body image” [Mesh] AND “sexual behaviour” [Mesh]</p>	<p>72 limite 10 anni: 33</p>	1	<p>Fallbjork, U., Rasmussen, B.H., Karlsson, S. & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer - a two-year follow-up study. <i>European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society</i>, 17(3), pp. 340-345.</p>
	<p>“Mastectomy” [Mesh] AND “Self–concept” [Mesh]</p>	<p>160 limite 10 anni: 66</p>	3	<p>1) Chang, O., Choi, E.K., Kim, I.R., Nam, S.J., Lee, J.E., Lee, S.K., Im, Y.H., Park, Y.H. & Cho, J. (2014). Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. <i>Asian Pacific journal of cancer prevention</i>, 15(20), pp. 8607-8612.</p> <p>2) Freysteinson, W.M., Deutsch, A.S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L. & Cesario, S.K. (2012). The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. <i>Oncology nursing forum</i>, 39(4), pp. 361-369.</p> <p>3) Anagnostopoulos, F. & Myrghianni, S. (2009). Body image of Greek breast cancer patients treated with mastectomy or breast conserving surgery. <i>Journal of clinical psychology in medical settings</i>. 16(4), pp. 311-321.</p>
	<p>“Breast neoplasms” [Mesh] AND “sexuality” [Mesh] AND “nurses” [Mesh]</p>	3	0	
	<p>“Mastectomy” [Mesh] AND “body image” [Mesh] AND “sexuality”</p>	<p>25 limite 10 anni: 18</p>	0	

	[Mesh]			
	<p>“Mastectomy”</p> <p>[Mesh] AND</p> <p>“sexuality” [Mesh]</p>	<p>49</p> <p>limite 10 anni:</p> <p>34</p>	0	
	<p>“Mastectomy/nursing/ psychology/education/ rehabilitation”</p> <p>[Mesh] AND</p> <p>“sexuality” [Mesh]</p>	<p>30</p> <p>limite 10 anni:</p> <p>21</p>	1	<p>Kalaitzi, C., Papadopoulos, V.P., Michas, K., Vlasis, K., Skandalakis, P. & Filippou, D. (2007). Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: effects on sexuality, body image, and psychological well-being. <i>Journal of surgical oncology</i>, 96(3), pp. 235-240.</p>
	<p>Quality of life, mastectomy, body image</p>	<p>191</p> <p>limite 10 anni:</p> <p>120</p> <p>limite humans:</p> <p>113</p>	3	<p>1) Kim, M.K., Kim, T., Moon, H.G., Jin, U.S., Kim, K., Kim, J., Lee, J.W., Kim, J., Lee, E., Yoo, T.K., Noh, D.Y., Minn, K.W. & Han, W. (2015). Effect of cosmetic outcome on quality of life after breast cancer surgery. <i>European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology</i>, 41(3), pp. 426-432.</p> <p>2) Quintard, B., Constant, A., Lakdja, F. & Labeyrie-Lagardere, H. (2014). Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: the role of the Sense of Coherence. <i>European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society</i>, 18(1), pp. 41-45.</p> <p>3) Cope, D.G. (2013). Breast cancer: reviewing the past to give direction for the future. <i>Oncology nursing forum</i>, 40(5), pp. 425-428.</p>

	<i>Mastectomy, sexuality</i>	233 limite 10 anni: 107 limite humans: 103	2	<p>1) Aerts, L., Christiaens, M.R., Enzlin P., Neven, P. & Amant, F. (2014). Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: a prospective controlled study. <i>Breast (Edinburgh, Scotland)</i>, 23(5), pp. 629-636.</p> <p>2) Markopoulos, C., Tsaroucha, A.K., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z. & Karvelis, S. (2009). Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. <i>The Journal of international medical research</i>, 37(1), pp. 182-188.</p>
	<i>Mastectomy, self concept</i>	184 limite 10 anni: 80	0	
Scopus	<i>Body image AND mastectomy AND nurse</i>	57	5	<p>1) Freysteinson, W.M., Deutsch, A.S., Davin, K., Lewis, C., Sisk, A., Sweeney, L., Wuest, L. & Cesario, S.K. (2014). The Mirror Program: Preparing Women for the Postoperative Mastectomy Mirror-Viewing Experience. <i>Nursing forum</i>.</p> <p>2) Cho, H.S., Davis, G.C., Paek, J.E., Rao, R., Zhao, H., Xie, X.J., Yousef, M.G., Fedric, T., Euhus, D.H. & Leitch, M. (2013). A randomised trial of nursing interventions supporting recovery of the postmastectomy patient. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 22(7-8), pp. 919-929.</p> <p>3) Manganiello, A., Hoga, L. A. K., Reberte, L. M., Miranda, C. M., & Rocha, C. A. M. (2011). Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. <i>European Journal of</i></p>

				<p><i>Oncology Nursing</i>, 15(2), 167-172.</p> <p>4) Avci, I.A., Okanli, A., Karabulutlu, E. & Bilgili, N. (2009). Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy. <i>European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society</i>, 13(4), pp. 299-303.</p> <p>5) Sandham, C., & Harcourt, D. (2007). Partner experiences of breast reconstruction post mastectomy. <i>European Journal of Oncology Nursing</i>, 11(1), pp. 66-73.</p>
--	--	--	--	--

AUTORI/STUDIO	DISEGNO DELLO STUDIO	CAMPIONE / POPOLAZIONE E CONTESTO
Aerts, L., Christianes, M.R., Enzlin, P., Neven, P. & Amant, F. (2014). Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: a prospective controlled study. <i>Breast (Edinburgh, Scotland)</i> , 23(5), pp. 629-636.	Studio caso controllo	Campione: 298 (149 casi + 149 controlli)
Anagnostopoulos, F. & Myrghianni, S. (2009). Body image of Greek breast cancer patients treated with mastectomy or breast conserving surgery. <i>Journal of clinical psychology in medical settings</i> , 16(4), pp. 311-321.	Studio clinico comparativo	Campione: 140 (70 casi + 70 controlli)
Avci, I.A., Okanli, A., Karabulutlu E. & Bilgili, N. (2009). Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy. <i>European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society</i> , 13(4), pp. 299-303.	Studio osservazionale descrittivo	Campione 59
Chang, O., Choi, E.K., Kim, I.R., Nam, S.J., Lee, J.E., Lee, S.K., Im, Y.H., Park, Y.H. & Cho, J. (2014). Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. <i>Asian Pacific journal of</i>	Studio osservazionale trasversale	Campione: 126

<i>cancer prevention</i> , 15(20), pp. 8607-8612.		
Cho, H.S., Davis, G.C., Paek, J.E., Rao, R., Zhao, H., Xie, X.J., Yousef, M.G., Fedrik, T., Euhus, D.H. & Leitch, M. (2013). A randomised trial of nursing interventions supporting recovery of the postmastectomy patient. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 22(7-8), pp. 919-929.	Studio controllato randomizzato	Campione 145
Freysteinson, W.M., Deutsch, A.S., Davin, K., Lewis, C., Sisk, A., Sweeney, L., Wuest, L. & Cesario, S.K. (2014). The Mirror Program: Preparing Women for the Postoperative Mastectomy Mirror-Viewing Experience. <i>Nursing forum</i> .	Studio controllato randomizzato	Campione: 19
Fallbjork, U., Rasmussen, B.H., Karlsson, S. & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer - a two-year follow-up study. <i>European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society</i> , 17(3), pp. 340-345.	Studio osservazionale trasversale	Campione: 76
Quintard, B., Constant, A., Lakdja, F. & Labeyrie-Lagardere, H. (2014). Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: the role of the Sense of Coherence. <i>European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society</i> , 18(1), pp. 41-45.	Studio controllato randomizzato	Campione: 100
Manganiello, A., Hoga, L. A. K., Reberte, L. M., Miranda, C. M., & Rocha, C. A. M. (2011). Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 15(2), 167-172.	Studio osservazionale trasversale	Campione: 100
Freysteinson, W.M., Deutsch, A.S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L. & Cesario, S.K. (2012b). The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. <i>Oncology nursing forum</i> , 39(4), pp. 361-369.	Studio controllato randomizzato	Campione: 12

<p>Kalaitzi, C., Papadopoulos, V.P., Michas, K., Vlasis, K., Skandalakis, P. & Filippou, D. (2007). Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: effects on sexuality, body image, and psychological well-being. <i>Journal of surgical oncology</i>, 96(3), pp. 235-240.</p>	<p>Studio controllato randomizzato</p>	<p>Campione: 20</p>
<p>Gori, S., Levaggi, A., Biganzoli, L., Canavese, G., De Censi, A., Del Mastro, L., Frassoldati, A., Montemurro, F., Puglisi, F. & Sanguineti, G. (2014). Linee guida Neoplasie della Mammella.</p>	<p>Linea guida</p>	
<p>Kim, M.K., Kim, T., Moon, H.G., Jin, U.S., Kim, K., Kim, J., Lee, J.W., Kim, J., Lee, E., Yoo, T.K., Noh, D.Y., Minn, K.W. & Han, W. (2015). Effect of cosmetic outcome on quality of life after breast cancer surgery. <i>European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology</i>, 41(3), pp. 426-432.</p>	<p>Studio osservazionale trasversale</p>	<p>Campione: 485</p>
<p>Cope, D.G. (2013). Breast cancer: reviewing the past to give direction for the future. <i>Oncology nursing forum</i>, 40(5), pp. 425-428.</p>	<p>Revisione sistematica</p>	
<p>Markopoulos, C., Tsaroucha, A.K., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z. & Karvelis, S. (2009). Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. <i>The Journal of international medical research</i>, 37(1), pp. 182-188.</p>	<p>Studio di coorte retrospettivo</p>	<p>Campione: 207</p>
<p>Freysteinson, W.M. (2012a). Use of mirrors as a nursing intervention to promote patients' acceptance of a new body image. <i>Clinical journal of oncology nursing</i>, 16(5), pp. 533-536.</p>	<p>Studio randomizzato controllato</p>	
<p>Gilbert, E., Ussher, J.M. & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: a review. <i>Maturitas</i>, 66(4), pp. 397-407.</p>	<p>Revisione sistematica (1998-2010)</p>	
<p>Han, J., Grothuesmann, D., Neises, M., Hille, U. & Hillemanns, P. (2010). Quality of life and</p>	<p>Studio di coorte retrospettivo</p>	<p>Campione: 180 (Gennaio 2005-Ottobre)</p>

satisfaction after breast cancer operation. <i>Archives of Gynecology and Obstetrics</i> , 282(1), pp. 75-82.		2006)
Heidari, M. & Ghodusi, M. (2015). The Relationship between Body Esteem and Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients after Mastectomy. <i>Indian journal of palliative care</i> , 21(2), pp. 198-202.	Studio osservazionale descrittivo	Campione: 100
Hollen, P.J., Msaouel, P. & Gralla, R.J. (2015). Determining issues of importance for the evaluation of quality of life and patient-reported outcomes in breast cancer: results of a survey of 1072 patients. <i>Breast cancer research and treatment</i> , 151(3), pp. 679-686.	Studio osservazionale trasversale	Campione: 1072
Jun, E.Y., Kim, S., Chang, S.B., Oh, K., Kang, H.S. & Kang, S.S. (2011). The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. <i>Cancer nursing</i> , 34(2), pp. 142-149.	Studio sperimentale	Campione: 60
Medina-Franco, H., Garcia-Alvarez, M.N., Rojas-Garcia, P., Trabanino, C., Drucker-Zertuche, M. & Arcila, D. (2010). Body image perception and quality of life in patients who underwent breast surgery. <i>The American Surgeon</i> , 76(9), pp. 1000-1005.	Studio controllato randomizzato	Campione: 202
Piot-Ziegler, C., Sassi, M.L., Raffoul, W. & Delaloye, J.F. (2010). Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: a qualitative study. <i>British journal of health psychology</i> , 15(Pt 3), pp. 479-510.	Studio qualitativo	Campione: 19
Rowland, E. & Metcalfe, A. (2014). A systematic review of men's experiences of their partner's mastectomy: coping with altered bodies. <i>Psycho-oncology</i> , 23(9), pp. 963-974.	Revisione sistematica	Campione: 756 citazioni
Sandham, C. & Harcourt, D. (2007). Partner experiences of breast reconstruction post mastectomy. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 11(1), pp. 66-73.	Studio qualitativo (intervista)	Campione: 6

3. RISULTATI DELLA RICERCA

Il trauma di una diagnosi di cancro al seno ed il successivo trattamento possono avere un impatto significativo sul benessere psico-fisico e sulle relazioni intime della donna. Ciò che influenza negativamente, in maggior misura, la qualità di vita è la diagnosi stessa di cancro, che richiama alla mente una malattia potenzialmente fatale, ad esito infausto, indipendentemente dalla procedura chirurgica (Quintard et al., 2014; Medina-Franco et al., 2010).

I livelli di stress emotivo sono più elevati nei primi mesi dopo la diagnosi poiché la preoccupazione principale è la paura di morire, seguita poi dall'insoddisfazione per le cicatrici, le quali sono un costante richiamo alla malattia e al conseguente intervento chirurgico mutilante (Piot-Ziegler et al., 2010; Kalaitzi et al., 2007).

Con la mastectomia le donne provano sentimenti negativi come il senso di perdita che è una componente traumatica dell'esperienza del cancro al seno e mostra come si crea una sensazione di dissonanza tra la donna e il suo corpo attraverso la perdita del senso di femminilità, maternità e sessualità, che viene percepita come un'esperienza altamente traumatica, spesso con conseguente rivalutazione della vita e del suo funzionamento (Kim et al., 2015; Piot-Ziegler et al., 2010).

Tutto questo potrebbe essere attribuito al particolare valore dato dalla cultura contemporanea occidentale all'aspetto estetico in cui il seno diventa il senso d'identità di una donna, quindi la mastectomia rappresenterebbe un attacco alla femminilità, alla bellezza, al fascino e alla percezione di sé come donna naturale e completa.

Una serie di risvolti psicologici sono inevitabili, che purtroppo incidono profondamente sulla vita privata e sociale delle donne operate di mastectomia, riferendo che l'operazione è un'esperienza traumatizzante che genera disagio personale ed imbarazzo sociale; la donna si sente meno attraente ed evita il contatto con la gente, in quanto avverte la necessità di mantenere nascosto il proprio corpo (Han et al., 2010; Piot-Ziegler et al., 2010; Anagnostopoulous et al., 2009).

Il cancro al seno e i suoi trattamenti impongono trasformazioni indesiderate e dolore, costringendo la paziente a confrontarsi con un corpo la cui capacità di funzionare in precedenza era indiscussa ma che ora perde improvvisamente la sua affidabilità, il corpo malato è improvvisamente rotto in pezzi e l'attenzione è focalizzata sulla sua parte non funzionale (Piot-Ziegler et al., 2010).

La ricerca contemporanea si basa principalmente sul confronto tra le varie procedure chirurgiche e in misura minore sui risultati che la mastectomia produce sull'immagine corporea e sessualità (Fallbjork et al., 2013).

Le donne sottoposte a mastectomia risultano più deluse rispetto a coloro che si sottopongono a chirurgia conservativa del seno, soprattutto per quanto riguarda l'insoddisfazione con l'apparenza, l'immagine del corpo e la funzione sessuale (Anagnostopoulous et al., 2009).

Molte pazienti, vista la frequente insoddisfazione, potrebbero decidere di sottoporsi a chirurgia ricostruttiva, che può essere effettuata subito dopo alla mastectomia, in modo tale da avere un tempo di recupero più breve; probabilmente, l'immediata ricostruzione permette alle donne di rimanere meno traumatizzate dalla perdita del seno migliorando sin da subito la soddisfazione dell'immagine del corpo e contribuendo a soddisfare ulteriormente le loro aspettative. In rari casi potrebbe essere visto come una responsabilità e un ulteriore stress per la donna che potrebbe avere difficoltà ad adattarsi al nuovo seno, percependolo come qualcosa di estraneo al proprio corpo (Freysteinson et al., 2014; Fallbjork et al., 2013; Markopoulos et al., 2009; Sandham et al., 2007).

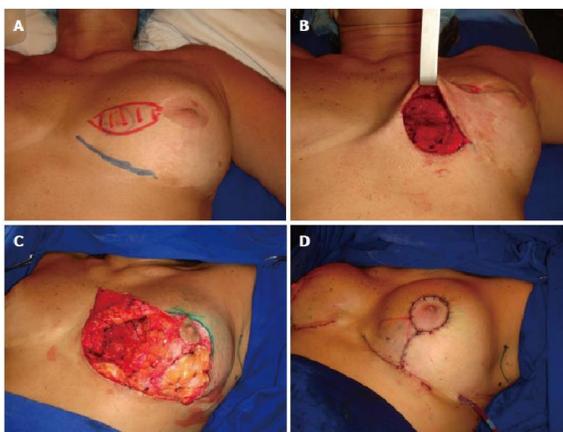


Immagine 7: Fasi chirurgiche di mastectomia conservativa del seno (www.wjgnet.com)

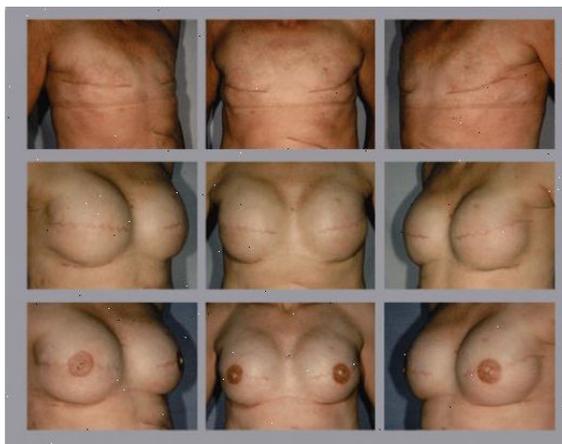
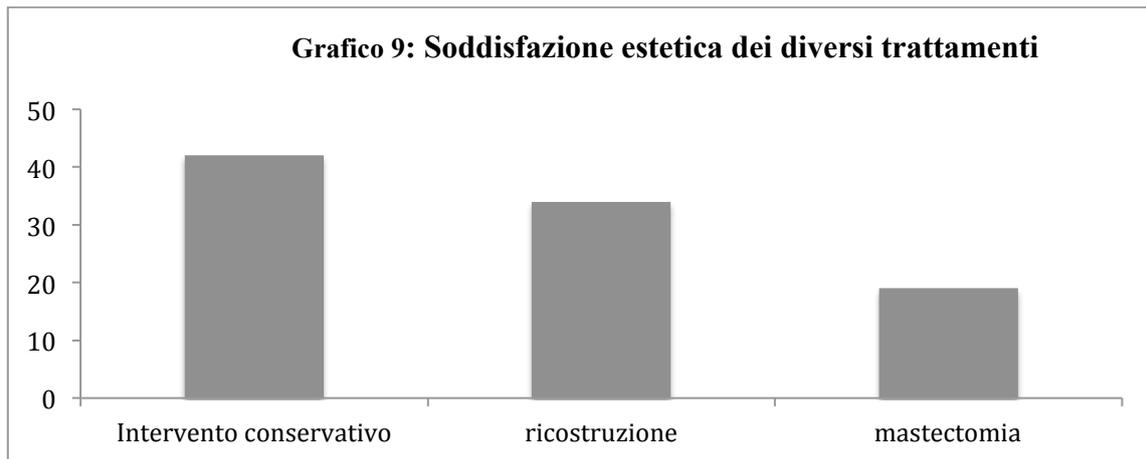
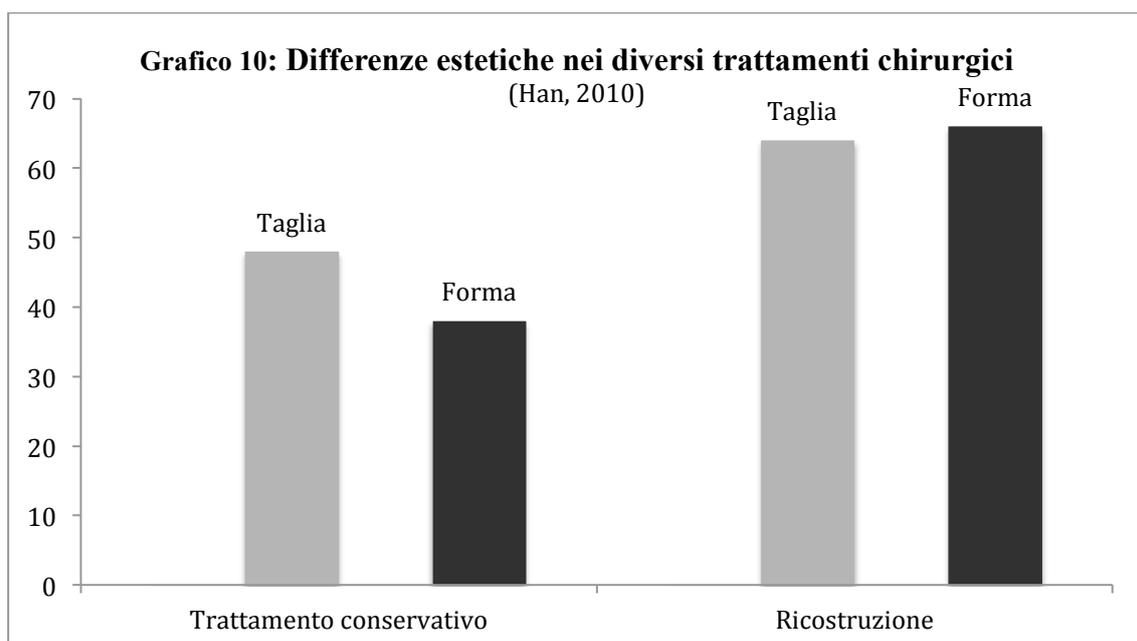


Immagine 8: Mastectomia con ricostruzione del seno (www.vitaba.com).

Anche se la diagnosi di cancro alla mammella ha un impatto negativo sulla psicologia di tutte le pazienti, coloro che si sottopongono a chirurgia conservativa del seno appaiono più soddisfatte della loro immagine corporea, seguite da quelle trattate attraverso mastectomia con ricostruzione ritardata rispetto alle donne che avevano subito solo mastectomia (grafico n.9) (Rowland, 2014; Fallbjork et al., 2013; Markopoulos et al., 2009).



Un altro aspetto molto importante da considerare è la soddisfazione estetica nei confronti del trattamento conservativo e la ricostruzione (grafico n.10), si è notato come vi sia una maggiore insoddisfazione per quanto riguarda la differenza di taglia e forma dei due seni imputabile alla ricostruzione ed invece come rimangano immutate e quindi, presentino minori differenze, nel trattamento conservativo della mammella (Han et al., 2010).



Una consulenza di chirurgia estetica dovrebbe essere inclusa come parte del protocollo di trattamento prima di effettuare la mastectomia in modo che le pazienti possano decidere in maniera autonoma e con tutte le possibilità sugli interventi di ricostruzione estetica a loro disposizione, nonché prepararle sui cambiamenti futuri che avrà il loro seno (Kim et al., 2015; Markopoulos et al., 2009).

Le donne subito dopo l'intervento possono presentare stati di affaticamento, depressione, ansia, mancanza di respiro e dolore; quello che invece, sperano di ottenere dopo la guarigione dal tumore

è una qualità di vita uguale a quella che avevano prima di contrarre la malattia, mantenendo l'indipendenza e l'esecuzione di normali attività quotidiane (Hollen et al., 2015).

Spesso sono sottovalutate dai clinici: la capacità di concentrazione e di dormire, questi sono altri fattori che preoccupano le donne poiché si ripercuotono nella quotidianità; le interferenze con la concentrazione colpiscono ogni aspetto del funzionamento della vita e può avere un impatto sulla qualità del processo decisionale, compresi i rischi e benefici del trattamento (Hollen et al., 2015).

Sono stati analizzati dalla Dott.ssa Graziottin, 2009 svariati fattori legati alla donna, al tumore o al contesto che influiscono sull'immagine corporea e sulla sessualità nelle pazienti sopravvissute al carcinoma mammario (grafico n.11), quindi da questo si deduce che le problematiche non provengono esclusivamente dal tumore e dall'operazione chirurgica, ma dipendono da un insieme di fattori coesistenti.

Grafico 11: FATTORI DELL'IMMAGINE CORPOREA E DELLA SESSUALITÀ NELLE DONNE SOPRAVVISSUTE AL TUMORE AL SENO (Graziottin, 2009)		
<i>Dipendenti dal tumore</i>	<i>Dipendenti dalla donna</i>	<i>Dipendenti dal contesto</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Stadio del tumore, - Tipologia dell'intervento chirurgico, - insorgenza del linfedema, - perdita dei capelli, - menopausa precoce iatrogena (provocata involontariamente), - età alla diagnosi. 	<ul style="list-style-type: none"> - stadio del ciclo di vita e raggiungimento dei relativi obiettivi individuali e sociali, - strategie di adattamento, - qualità della vita sessuale prima della terapia, - profilo di personalità prima della malattia e condizioni psichiatriche. 	<ul style="list-style-type: none"> - dinamiche familiari e di coppia, stato coniugale, - rete di supporto (amici, colleghi, parenti, gruppi di auto-aiuto), - qualità di rapporto con i medici e personale di cura.

3.1 IMMAGINE CORPOREA

Un aspetto che la mastectomia va ad intaccare è l'immagine corporea che viene definita come la confluenza di emozioni, sensazioni, percezioni che gli individui hanno del proprio corpo, essa viene vista come un fenomeno mutevole che dipende dalle esperienze di vita di una persona (Freysteinson, 2012a).

Le problematiche legate all'immagine corporea che la mastectomia può provocare sono:

- sensazioni di mutilazioni,
- deprezzamento del valore del proprio corpo,
- riduzione dell'attrattiva,
- perdita di femminilità,
- disturbi mentali (Heidari et al., 2015).

Le donne mastectomizzate spesso soffrono di bassa autostima a causa del loro seno assente e l'immagine del corpo alterata, si sentono osservate e questa esperienza è collegata a sentimenti di disagio ed inadeguatezza (Rowland et al., 2014; Fallbjork et al., 2013).

Dagli studi esaminati risulta che l'immagine corporea in ambito oncologico è ancora relativamente inesplorata e trascurata, infatti, oggi la mastectomia è il trattamento chirurgico di routine del tumore al seno e i suoi aspetti negativi, come le conseguenze psicologiche e sociali vengono considerate poco, sebbene l'estensione della procedura chirurgica è stata progressivamente ridotta, portando a minor sfregio e un significativo miglioramento della qualità di vita a tal punto che l'attuale livello di raggiungimento chirurgico produce risultati oncologici ed estetici soddisfacenti (Heidari et al., 2015; Fallbjork et al., 2013; Freysteinson et al., 2012b; Medina-Franco et al., 2010).

La rimozione dell'intero seno provoca perdita di simmetria ed un evidente cambiamento fisico, che, purtroppo si nota anche sul corpo coperto causando problemi pratici ed emotivi (Gilbert et al., 2010).

Esistono delle metodiche attuabili per migliorare l'immagine corporea: tatuaggio al sito dell'intervento per coprire le cicatrici della mastectomia (immagine n.12) e protesi esterne indossabili durante la quotidianità per cercare di apparire "normali" alla vista degli altri (immagine n.13).

La protesi esterna maschera la "ferita", tuttavia in attività sessuali il camuffamento si rivela quando la donna è nuda il corpo sfregiato viene scoperto sia da se stessa sia dal partner, specialmente se il partner è nuovo (Fallbjork et al., 2013; Brunner & Suddarth, 2010; Gilbert et al., 2010; Kalaitzi et al., 2007). Alcune donne cercano di nascondere il sito dell'intervento anche dal partner, auspicando

che lui non veda o tocchi il petto, infatti si assiste ad un'alterazione della sensibilità nella mammella ricostruita o asportata (Fallbjork et al., 2013; Piot-Ziegler et al., 2010).



Immagine 12: Tatuaggi artistici per coprire le cicatrici da mastectomia (www.fotolog.com).



Immagine 13: Protesi esterna (www.utopiabase.com)

Ed il rapporto con lo specchio? Nel periodo immediatamente successivo all'intervento chirurgico le donne percepiscono con disagio il sito chirurgico, infatti, ritrovarsi senza una mammella è un'inevitabile fonte di stress emotivo che può condurre al rifiuto di guardare il proprio corpo; in questi casi può risultare utile che l'infermiere sia presente nel momento in cui la donna osserva per la prima volta la ferita (Brunner & Suddarth, 2010). Una delle circostanze che merita particolare attenzione dopo l'operazione di mastectomia è, infatti, il guardarsi allo specchio, che purtroppo diviene un'esperienza devastante, poiché la paziente vedrà il suo corpo mutilato, ed oltre all'operazione che comporta un importante cambiamento fisico si deve pensare che molte donne verranno sottoposte al trattamento medico, quale la chemioterapia, che comporta al di là del malessere fisico, importanti effetti collaterali che vanno ad incidere sulla fisicità della persona, come l'alopecia. Non tutti i farmaci chemioterapici causano alopecia e a volte tale effetto collaterale può essere lieve, in altri casi, potrebbero verificarsi fenomeni quali caduta delle sopracciglia, delle ciglia, dei peli che ricoprono il pube e tutto il resto del corpo; aspetto da tenere in considerazione poiché molti individui attribuiscono una grande importanza alla propria chioma, giudicandola essenziale per la propria immagine, di conseguenza perdere i capelli può determinare forti emozioni, quali rabbia e depressione, nonché stati d'ansia che potrebbero addirittura avere effetti collaterali sulla cura stessa (Freysteinson et al., 2012b).

Il difficile rapporto con lo specchio dopo la mastectomia è stato sottolineato da Freysteinson et al., (2014) in cui dice che molte donne nei giorni successivi all'intervento avevano evitato lo specchio per paura di ciò che avrebbe rivelato sui cambiamenti nel loro corpo, mentre una minoranza aveva deciso di affrontare questa esperienza a casa da sola e senza alcun sostegno; poche altre invece, sempre dopo la dimissione e nella propria casa, avevano una persona cara che le sosteneva durante questo importante momento.

In diversi studi si è osservata la limitata disponibilità di specchi nelle stanze dei pazienti, ad oggi non vi sono linee guida e regolamenti per quanto riguarda l'uso degli specchi con pazienti sottoposte a mastectomia ed inoltre gli infermieri non vengono formati ad utilizzarli (Freysteinson et al., 2012b). È utile sottolineare che sebbene esista una mancanza di evidenze basate su interventi di cura con lo specchio, essi potrebbero essere un valido sostegno alle pazienti per conoscere il nuovo corpo, motivarle a truccarsi, depilarsi e quindi migliorare il rapporto con il proprio corpo cercando di aumentare l'autostima (Freysteinson, 2012a).

3.2 SESSUALITÀ

La sessualità è fondamentale per il benessere psicologico e la qualità di vita delle persone, il cancro al seno provoca una serie di conseguenze negative alla funzione sessuale dovute alla posizione delle mammelle ed il loro significato di femminilità; esse sono, infatti, fonte di piacere e stimolazione erotica, per questo motivo, i medici, nel trattamento di questa patologia, dovrebbero essere particolarmente sensibili a quello che potrebbe comportare la perdita del seno nelle donne (Gilbert et al., 2010).

Nonostante la crescente consapevolezza legata alla salute per i sopravvissuti al cancro al seno, dagli studi analizzati si è visto che con pochissime donne che stavano affrontando questa malattia i professionisti sanitari avevano discusso in merito alla sessualità, suggerendo che questo è un aspetto della vita che molto spesso viene trascurato, poiché la dimensione sessuale viene raramente considerata dagli operatori sanitari nella cura a causa del pudore o l'incapacità ad affrontare temi collegati alla sessualità da parte anche dei pazienti, ma la scarsa preparazione degli operatori sanitari è risultato essere la causa principale del fallimento in questo aspetto dell'assistenza sanitaria (Manganiello et al., 2011; Jun et al., 2011; Gilbert et al., 2010).

Dagli studi analizzati, gli aspetti psicologici sull'esperienza vissuta dalle donne sono spesso ignorati, ed il fisico è posizionato come oggetto passivo delle costruzioni socioculturali, in altre parole, la dimensione psichica della malattia viene trascurata ed invece vengono attribuiti significati a segni e sintomi piuttosto che all'impatto che il cancro ha sulla vita della persona (Gilbert et al., 2010), i problemi psicologici a causa di cambiamenti fisici, infatti, possono essere visti come minori rispetto alle problematiche fisiche che i pazienti si trovano ad affrontare (Aerts et al., 2014).

I principali problemi legati alla sessualità sono (Graziottin, 2009):

- *Disturbi del desiderio sessuale*: diminuzione o perdita del desiderio sessuale, che può concretizzarsi con un vero e proprio evitamento della sessualità,
- *Disturbi dell'eccitamento sessuale*: caratterizzati da un difetto della risposta genitale femminile (diminuzione o perdita della lubrificazione),
- *Disturbi dell'orgasmo*: incapacità al raggiungimento dell'orgasmo,
- *Disturbi da dolore sessuale*: comprendono il vaginismo e la dispareunia (dolore che la donna avverte nell'area della vagina o della pelvi durante un rapporto sessuale) (Manganiello et al., 2011).

L'insoddisfazione sessuale viene attribuita anche ad altri fattori, tra cui stanchezza, dolore, disagio psicologico, cambiamenti attribuibili alla chemioterapia che comporta menopausa medicalmente indotta, ricordando che le donne che si sottopongono a chemioterapia sono a più alto rischio di disfunzione sessuale rispetto a quelle che non hanno ricevuto tale trattamento, con la chemioterapia si assiste maggiormente a disfunzioni sessuali, che nelle donne giovani possono essere fattori devastanti includendo anche la perdita di opportunità di avere figli, in questo senso viene sottolineato il fatto che le donne dovendo adattarsi alla rimozione del seno, alla perdita di capelli e delle mestruazioni si sentono "vecchie" prima del tempo, in molte altre poi si aggiunge la preoccupazione per l'aumento o la perdita di peso (Quintard et al., 2014; Fallbjork et al., 2013; Gilbert et al., 2010).

I cambiamenti intrapsichici che portano a modifiche sulla sessualità comprendono la paura di perdere la fertilità, l'immagine negativa del corpo, riduzione dei sentimenti di attrattiva sessuale, perdita di femminilità, depressione e ansia (Gilbert et al., 2010).

È utile cogliere che l'analisi della sessualità nel contesto del cancro al seno non può concettualizzare il fisico separatamente dalla negoziazione intrapsichica delle donne; infatti il contesto sociale e relazionale, ciò che riguarda la sessualità, la femminilità e l'aspetto estetico devono essere in interazione tra loro (Gilbert et al., 2010).

In realtà con il passare del tempo, in termini assoluti, sembra esserci una tendenza verso il miglioramento, anche se non significativo, sulla maggior parte degli elementi di immagine corporea; tuttavia, i sentimenti di attrazione sessuale sembrano diminuire, così come i sentimenti di comfort durante l'attività sessuale e c'è anche una tendenza verso la sensazione che l'interesse sessuale del proprio partner verso di esse sia diminuita (Fallbjork et al., 2013).

Si è visto che il 63% delle donne erano state interessate e il 37% non erano state interessate al sesso durante le 4 settimane post-mastectomia (Fallbjork et al., 2013).

Problemi sessuali, d'altra parte, hanno dimostrato di peggiorare dopo il primo anno dall'intervento, ciò indica che i modelli disadattivi riguardanti l'immagine del corpo e la sessualità tendono a consolidare nel tempo; un intervento tempestivo sulla coppia può infatti essere particolarmente efficace nel promuovere una migliore immagine del corpo ed il ritorno ad una sessualità normale nelle donne (Kalaitzi et al., 2007).

Essenziale è sottolineare l'importanza di informare e consigliare i pazienti e i loro partner sessuali prima dell'intervento su possibili effetti collaterali del cancro e dei suoi trattamenti. Informazioni adeguate permettono ai pazienti di mantenere una sensazione di controllo durante e dopo il trattamento chirurgico e questo si è dimostrato essere un fattore importante nell'attività sessuale, di conseguenza, la valutazione della salute sessuale (grafico n.14) non deve essere effettuata solo

durante il periodo di recupero post-mastectomia, ma dovrebbe già essere eseguita a consultazioni iniziali prima dell'inizio del trattamento, essa quindi, getta le basi per le discussioni future (Aerts et al., 2014; Sandham et al., 2007).

Valutazione dei disturbi sessuali	
<p>Quando chiedere?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nella fase pre-operatoria al fine di raccogliere i dati principali relativi alla vita sessuale della paziente, - Nella fase post-operatoria per valutarne l'impatto sulla sessualità e le eventuali problematiche. 	<p>Come affrontare il tema?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effettuare i colloqui in un luogo privato, che faciliti una discussione più libera, coinvolgendo se possibile anche il partner, - Assumere un atteggiamento di partecipazione e rassicurazione verso la paziente/coppia aiuta a farli sentire meno ansiosi, - Sottolineare l'importanza della sessualità nella vita delle persone e la "normalità" del poterne parlare senza vergogna.
<p>Cosa valutare?</p> <ul style="list-style-type: none"> - indagare lo stato attuale della vita sessuale della paziente/coppia e gli eventuali problemi (quando sono insorti, cosa è stato fatto per affrontarli), - Raccogliere informazioni su possibili fattori medici che influiscono sulla sessualità (es. chemioterapia). 	<p>Cosa fare?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Offrire informazioni di base sulla risposta sessuale umana e sui possibili effetti dell'intervento e dei farmaci sulla sessualità, - Rassicurare, offrire sostegno e speranza, fornendo informazioni sui medici specializzati in sessuologia/sugli psicologi che possono aiutarla, - Trattare le eventuali cause mediche (es. dolore).

Grafico 14: Valutazione dei disturbi sessuali nelle donne sottoposte a mastectomia (Biondi et al., 1995).

3.3 IL PARTNER E I SUOI TIMORI

La diagnosi di cancro ed i successivi trattamenti mutilanti vanno ad influire negativamente anche sul rapporto di coppia introducendo un incremento dei sentimenti di vulnerabilità, che conducono ad una rivalutazione dell'importanza della vita della persona malata e della coppia stessa, nella paziente potrebbero verificarsi alcuni problemi psicologici come solitudine e depressione, i quali possono avere un effetto devastante sulla prognosi e le relazioni intra-famigliari (Aerts et al., 2014; Avci et al., 2009; Sandham et al., 2007).

In questa fase della malattia non è soltanto la paziente a vivere un momento di disagio e difficoltà ma anche le persone che la circondano, i figli, gli amici ma soprattutto il partner che con lei condivide la quotidianità, spesso, questo viene sottovalutato dagli operatori sanitari che si concentrano soltanto sui bisogni della donna tralasciando completamente le necessità del compagno (Sandham et al., 2007).

Analizzando la letteratura si è potuto confermare come per i partner l'immagine fisica alterata della paziente occupava una posizione secondaria rispetto alla loro salute, inoltre hanno affermato di sentirsi impotenti soprattutto mentre la loro compagna si trovava ricoverata in ospedale, altri invece hanno riferito che durante il periodo di recupero si sentivano angosciati dalle alterazioni del corpo della loro partner (Rowland et al., 2014; Sandham et al., 2007).

Il sostegno del partner è importante per migliorare il benessere psicologico delle donne e accelerare il recupero di autostima, la loro inclusione nei processi di supporto dovrebbe essere considerata come un aspetto essenziale nella cura delle pazienti affette da cancro al seno, infatti la maggior parte delle strategie di successo per superare le difficoltà sessuali sono basate sul rapporto di coppia (Rowland et al., 2014; Manganiello et al., 2011).

Età della paziente, istruzione, occupazione, livello di reddito e avere figli non influenza il rapporto di coppia, ma gli uomini più giovani appaiono più colpiti dalla diagnosi rispetto a quelli più anziani (Rowland et al., 2014; Avci et al., 2009). I risultati di una cattiva comunicazione o una comunicazione chiusa nella coppia, aggiunta a scarsa autostima della donna, portano ad un conflitto psicologico tra i partner, che potrebbe condurre anche a rottura coniugale, invece, i partner che provano a comunicare con la propria donna in merito all'immagine del corpo e alla sessualità riferiscono che è stato un momento davvero impegnativo e delicato; le coppie che hanno relazioni familiari molto deboli già precedentemente all'operazione possono aver bisogno di maggiore sostegno per far fronte a questa esperienza (Rowland et al., 2014; Avci et al., 2009).

Per contribuire al sostegno della propria compagna, i partner ambivano a maggiori informazioni personalizzate in merito alle conseguenze che avrebbe comportato l'operazione, sia fisiche che psichiche, che invece in nessun caso avevano ricevuto (Rowland et al., 2014).

In questi delicati momenti il ruolo del partner, dei familiari e degli amici è fondamentale; più la donna si sentirà amata e desiderata, prima riacquisterà sicurezza ed imparerà ad accettarsi (Freysteinson et al., 2014).

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE

Analizzando la letteratura si comprende che la maggior parte degli attuali trattamenti sanitari finalizzati a migliorare la percezione dell'immagine corporea sono di natura medico/chirurgica (ricostruzione del seno dopo la mastectomia), le terapie si concentrano soprattutto sui sintomi fisici, e non sull'impatto psicologico/sociale che presenta questa operazione portando ad una visione limitata della malattia.

In questo modo, non si considera la paziente in tutte le sue sfaccettature, spesso si sottovalutano le problematiche della sfera psicologica, forse anche per inesperienza o scarsa preparazione dell'infermiere su questo ambito (Hollen et al., 2015; Quintard et al., 2014; Freysteinson et al., 2012b).

L'infermiere alla luce dei dati raccolti potrebbe realizzare i seguenti interventi, anche se alcuni di essi necessitano la collaborazione di altri professionisti sanitari (medico, psicologo, psichiatra, sessuologo) per sostenere la donna in ambito psicologico e sociale:

- il *dialogo* non dovrebbe mai mancare tra un paziente e l'infermiere che lo assiste, si potrebbe incoraggiare una discussione aperta su possibili paure, bisogni e desideri limitando lo stress personale e della coppia, questo potrebbe essere attuato in qualsiasi momento, sia prima che dopo l'operazione. Anche se in alcuni casi l'infermiere in questo delicato momento non sa cosa dire, la cosa più importante non è ciò che dirà, ma come ascolterà il paziente (Tancredi, 2014).

LE 10 REGOLE DEL BUON ASCOLTATORE (Tancredi, 2014)	
1. Creare l'atmosfera	Essere rilassati, guardare negli occhi, essere vicini, stringere la mano.
2. Capire se il malato ha voglia di ascoltare	Se non si sa se vuole, chiedere se ha voglia di parlare.
3. Ascoltare mostrando interesse	Non interrompere.
4. Incoraggiare il malato ad esprimersi e ad aprirsi	Annuire, ripetere le sue parole, sintetizzare il concetto.
5. Prestare attenzione al silenzio e alla comunicazione non verbale	Stringere la mano, accarezzarlo. Il silenzio può indicare che non c'è bisogno di parlare.
6. Non avere timore di esprimere i propri sentimenti	Essere autentici, dichiarando quando non si sa cosa dire.
7. Accertarsi di non aver frainteso	Chiedere cosa vuole dire se non si è compreso il pensiero.
8. Non cambiare argomento	Se qualcosa ci turba, esplicitare il fatto.
9. Non cominciare mai col dare consigli	Dare consigli solo se richiesti.
10. Essere pronti alla battuta	L'umorismo consente di esorcizzare minacce e paure.

- *Informazioni* adeguate sui trattamenti chirurgici e sulle possibili problematiche fisiche-psicologiche dovrebbero essere date prima dell'intervento in modo che la paziente non si trovi impreparata dopo l'operazione (Aerts et al., 2014; Brunner & Suddarth, 2010),
- Orientare verso *esercizi fisici* costanti, sembrano avere effetti positivi, oltre a migliorare la funzione cardiorespiratoria, la funzionalità fisica ed i sintomi di stanchezza conducono ad atteggiamenti più positivi verso la propria condizione fisica e l'attrattiva sessuale. Grazie all'effetto positivo del movimento fisico sull'umore, il desiderio sessuale e l'eccitazione risultano meno disturbati (Manganiello et al., 2011; Graziottin, 2009).
- Orientare la donna alle *organizzazioni di auto aiuto* in cui condividerà le proprie preoccupazioni con donne che hanno già vissuto tale situazione; dalla terapia di gruppo, infatti, molte pazienti traggono beneficio solo dal fatto di poter parlare del proprio vissuto con chi ha già provato e superato una simile esperienza prima di loro e le aiuta a comprendere che il loro vissuto è normale e che possono ricevere aiuto e comprensione (Brunner & Suddarth, 2010). Si può pensare anche a *programmi di riformulazione sessuale* fornita come parte di cura per mezzo sempre di gruppi di supporto; il programma può essere più efficace se mirato alle coppie anziché alle uniche donne sopravvissute e se iniziato prima dell'intervento.

Le pazienti che ricevono un migliore supporto sociale dopo l'intervento, tendono a recuperare più rapidamente, gestire meglio la propria vita e ad avere più elevata stima in sé stesse. Le figure professionali che dovrebbero attuarlo prima di tutti sono proprio gli infermieri (Chang et al., 2014; Gori et al., 2014; Jun et al., 2011).

- Indirizzare la donna verso supporti psicosociali in cui si effettua una *consulenza sessuologica* durante e dopo la cura, un buon supporto psicologico è disponibile nella maggior parte degli ospedali pubblici Nord-Americani ed Europei, purtroppo, invece, uno specifico *counseling* (attività professionale che tende ad orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità del paziente, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta) in ambito sessuologico è raramente offerto anche dalle migliori strutture. Un aiuto sessuologico competente potrebbe invece migliorare notevolmente la qualità dell'intimità e l'immagine corporea delle pazienti colpite da tumore (Graziottin, 2009).
- *L'uso dello specchio*, questo intervento viene già impiegato nei Paesi Bassi in cui gli infermieri parlano davanti ad uno specchio con le pazienti prima e dopo l'operazione di mastectomia. L'infermiere, meglio se di sesso femminile, offre uno specchio alla donna chiedendo di guardare il sito d'incisione ed esprimere i propri timori. Si può cominciare a riflettere sulla possibilità che offrire uno specchio ed essere disposti a parlare con le pazienti

davanti ad esso riguardo le loro preoccupazioni/paure, potrebbe essere utile a migliorare la loro autostima e a conoscere meglio il proprio corpo (Freysteinson et al., 2014; Freysteinson, 2012a).

A sostegno di ciò, l'infermiere potrebbe quindi, essere presente nel delicato momento in cui la donna osserva per la prima volta la ferita, assicurando riservatezza, chiedendo alla donna cosa prova, facendole esprimere le proprie emozioni, offrendogli sostegno, rassicurandola e spiegandole che i suoi sentimenti sono una risposta normale a questo intervento (Brunner & Suddarth, 2010).

Rispetto a interventi di sostegno per il partner, in letteratura si trova:

- *gruppi di sostegno per facilitare la comunicazione tra la paziente ed il partner* a cui parteciperanno non solo le pazienti ma anche i familiari, che contribuiscono ad aiutare il compagno a sostenere meglio la paziente, dove entrambi possano condividere la loro rabbia, le loro paure, le loro ansie e questo conduce ad un maggiore benessere psicologico ed emotivo nella coppia (Rowland et al., 2014).

CAPITOLO 5: CONCLUSIONI

La letteratura analizzata risulta essere in accordo con il fatto che la mastectomia va ad alterare visibilmente l'aspetto fisico delle donne in quanto l'immagine corporea e la sessualità risultano pesantemente ferite.

Le problematiche riferite dalle pazienti con maggiore frequenza, rilevate dagli studi sono: perdita del senso di femminilità, riduzione dell'attrattiva sessuale, perdita di autostima (Heidari et al., 2015).

La maggior parte della letteratura inerente all'argomento si limita a trattare solamente le problematiche fisiche derivanti dall'intervento chirurgico di mastectomia, concentrandosi quindi sui trattamenti convenzionali (chirurgia, radioterapia e chemioterapia) e tende a tralasciare tutti i risvolti psicologici e sociali che emergono nel post-intervento (Di Loreto, 2011).

Gli interventi sono da attuarsi tra più professionisti nel periodo che precede e che segue l'operazione, in più, la paziente va educata e rassicurata per affrontare quella che poi sarà la sua nuova quotidianità, garantendo un supporto continuo con la struttura da cui è stata seguita (Freysteinson et al., 2012b).

La futura ricerca infermieristica potrebbe approfondire gli argomenti trattati in questo elaborato e determinare se gli interventi trovati in letteratura possano avere un riscontro positivo nella realtà, quindi apportando un beneficio alle donne operate migliorando l'immagine corporea, il benessere psicosociale, l'autostima, la sessualità e la qualità di vita in generale della donna mastectomizzata (Freysteinson et al., 2012b).

SITOGRAFIA

Costa, A., Gianni, L. & Zambetti, M. (2014). Il cancro della mammella. La collana del girasole. Disponibile in: <http://www.aimac.it/libretti-tumore/cancro-mammella-seno> [27 Luglio 2015].

Di Loreto, C. (2011). I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico. La collana del girasole. Disponibile in: <http://www.aimac.it/libretti-tumore/studi-clinici-cancro> [27 Luglio 2015].

Dri, P., Villa, R., Michienzi, A., Valetto, M.R., Gaviraghi, C. & Bellone, M. (2013). Tumore al seno. Disponibile in: <http://www.airc.it/tumori/tumore-al-seno.asp> [26 Luglio 2015].

Graziottin, A. (2009). Immagine corporea e funzione sessuale dopo un tumore al seno. Disponibile in: <http://www.alessandragraziottin.it> [27 Luglio 2015].

Pagani, O. (2015). Trattamenti ed effetti collaterali. Disponibile in: <http://www.infoseno.org/il-tumore-del-seno/trattamenti-ed-effetti-collaterali> [20 Agosto 2015].

Tancredi, R. (2014). Non so cosa dire. La collana del girasole. Disponibile in: <https://www.aimac.it/libretti-tumore/parlare-malato-cancro> [26 Luglio 2015].

BIBLIOGRAFIA

Aerts, L., Christianes, M.R., Enzlin, P., Neven, P. & Amant, F. (2014). Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: a prospective controlled study. *Breast (Edinburgh, Scotland)*, 23(5), pp. 629-636.

Anagnostopoulos, F. & Myrghianni, S. (2009). Body image of Greek breast cancer patients treated with mastectomy or breast conserving surgery. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 16(4), pp. 311-321.

Avci, I.A., Okanli, A., Karabulutlu E. & Bilgili, N. (2009). Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 13(4), pp. 299-303.

Biondi, M., Costantini, A. & Grassi, L. (1995). La mente e il cancro. Insidie e risorse della psiche nelle patologie tumorali. Il pensiero scientifico editore.

Brunner & Suddarth. (2010). *Infermieristica medico-chirurgica* (4th ed.). Casa Editrice Ambrosiana.

Chang, O., Choi, E.K., Kim, I.R., Nam, S.J., Lee, J.E., Lee, S.K., Im, Y.H., Park, Y.H. & Cho, J. (2014). Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 15(20), pp. 8607-8612.

Cho, H.S., Davis, G.C., Paek, J.E., Rao, R., Zhao, H., Xie, X.J., Yousef, M.G., Fedrik, T., Euhus, D.H. & Leitch, M. (2013). A randomised trial of nursing interventions supporting recovery of the postmastectomy patient. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7-8), pp. 919-929.

Cope, D.G. (2013). Breast cancer: reviewing the past to give direction for the future. *Oncology nursing forum*, 40(5), pp. 425-428.

Fallbjork, U., Rasmussen, B.H., Karlsson, S. & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer - a two-year follow-up study. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 17(3), pp. 340-345.

- Freysteinson, W.M. (2012a). Use of mirrors as a nursing intervention to promote patients' acceptance of a new body image. *Clinical journal of oncology nursing*, 16(5), pp. 533-536.
- Freysteinson, W.M., Deutsch, A.S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L. & Cesario, S.K. (2012b). The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. *Oncology nursing forum*, 39(4), pp. 361-369.
- Freysteinson, W.M., Deutsch, A.S., Davin, K., Lewis, C., Sisk, A., Sweeney, L., Wuest, L. & Cesario, S.K. (2014). The Mirror Program: Preparing Women for the Postoperative Mastectomy Mirror-Viewing Experience. *Nursing forum*.
- Gilbert, E., Ussher, J.M. & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*, 66(4), pp. 397-407.
- Gori, S., Levaggi, A., Biganzoli, L., Canavese, G., De Censi, A., Del Mastro, L., Frassoldati, A., Montemurro, F., Puglisi, F. & Sanguineti, G. (2014). Linee guida Neoplasie della Mammella.
- Han, J., Grothuesmann, D., Neises, M., Hille, U. & Hillemanns, P. (2010). Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 282(1), pp. 75-82.
- Heidari, M. & Ghodusi, M. (2015). The Relationship between Body Esteem and Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients after Mastectomy. *Indian journal of palliative care*, 21(2), pp. 198-202.
- Hollen, P.J., Msaouel, P. & Gralla, R.J. (2015). Determining issues of importance for the evaluation of quality of life and patient-reported outcomes in breast cancer: results of a survey of 1072 patients. *Breast cancer research and treatment*, 151(3), pp. 679-686.
- Jun, E.Y., Kim, S., Chang, S.B., Oh, K., Kang, H.S. & Kang, S.S. (2011). The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer nursing*, 34(2), pp. 142-149.
- Kalaitzi, C., Papadopoulos, V.P., Michas, K., Vlasis, K., Skandalakis, P. & Filippou, D. (2007). Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: effects on sexuality, body image, and psychological well-being. *Journal of surgical oncology*, 96(3), pp. 235-240.

Kim, M.K., Kim, T., Moon, H.G., Jin, U.S., Kim, K., Kim, J., Lee, J.W., Kim, J., Lee, E., Yoo, T.K., Noh, D.Y., Minn, K.W. & Han, W. (2015). Effect of cosmetic outcome on quality of life after breast cancer surgery. *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 41(3), pp. 426-432.

Manganiello, A., Hoga, L. A. K., Reberte, L. M., Miranda, C. M., & Rocha, C. A. M. (2011). Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(2), 167-172.

Markopoulos, C., Tsaroucha, A.K., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z. & Karvelis, S. (2009). Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *The Journal of international medical research*, 37(1), pp. 182-188.

Medina-Franco, H., Garcia-Alvarez, M.N., Rojas-Garcia, P., Trabanino, C., Drucker-Zertuche, M. & Arcila, D. (2010). Body image perception and quality of life in patients who underwent breast surgery. *The American Surgeon*, 76(9), pp. 1000-1005.

Piot-Ziegler, C., Sassi, M.L., Raffoul, W. & Delaloye, J.F. (2010). Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: a qualitative study. *British journal of health psychology*, 15(Pt 3), pp. 479-510.

Quintard, B., Constant, A., Lakdja, F. & Labeyrie-Lagardere, H. (2014). Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: the role of the Sense of Coherence. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 18(1), pp. 41-45.

Rowland, E. & Metcalfe, A. (2014). A systematic review of men's experiences of their partner's mastectomy: coping with altered bodies. *Psycho-oncology*, 23(9), pp. 963-974.

Sandham, C. & Harcourt, D. (2007). Partner experiences of breast reconstruction post mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(1), pp. 66-73.