

C-uppsats

Institutionen för Omvårdnad

Partners till kvinnor med bröstcancer – upplevelse, behov och anpassning

FÖRFATTARE	Helene Svensson
FRISTÅENDE KURS	Omvårdnad – Självständigt arbete I
	VOM080
	HT 2005
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE	Karin Ahlberg
EXAMINATOR	Helle Wijk

Titel (svensk):	Partners till kvinnor med bröstcancer – upplevelse, behov och anpassning
Titel (engelsk):	Partners to women with breast cancer – experience, needs and adjustment
Arbetets art:	Självständigt arbete I
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete VOM080
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	18 sidor
Författare:	Helene Svensson forskningsjuksköterska/monitor vid Enheten för klinisk forskning och utveckling/Klinisk Prövnings Enhet Verksamhetsområdet för Onkologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset 413 45 Göteborg E-post: Helene.m.svensson@vgregion.se
Handledare:	Karin Ahlberg
Examinator:	Helle Wijk

SAMMANFATTNING

Behovet av information och stöd till partners till kvinnor med bröstcancer är understuderat. Klinisk erfarenhet och befintlig forskning tyder dock på att de upplever stress och oro. Vidare att de har svårt att anpassa sig till situationen. Syftet med denna litteraturstudie är att kartlägga hur partners till kvinnor med bröstcancer upplever sin situation, vilket behov av stöd och information som föreligger samt hur anpassning sker under kvinnans sjukdomsperiod. Artiklar har sökts vid PubMed och Cinahl. I PubMed valdes totalt 11 vetenskapliga artiklar ut som har granskats. I Cinahl hittade jag inga ytterligare artiklar av intresse. Resultatet visar att partners till kvinnor med bröstcancer får begränsat med information samt har svårigheter att hantera situationen med kvinnans cancersjukdom. Därmed upplever de stress och oro. Många partners fick ingen information alls av sjukvårdspersonalen och de som fick information upplevde att det gavs för lite information.

Det brister i information mellan sjukvårdspersonal och partners till kvinnor med bröstcancer. Vi måste ägna mer uppmärksamhet till kvinnans partner och ta på oss ett större ansvar med att informera partnern under kvinnans sjukdomsperiod. Vidare måste vi vid behov ge erforderliga stödinsatser.

Key words: breast cancer, husbands, spouses, information, needs and support

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INDRODUKTION	3
Inledning	3
BAKGRUND	3
Bröstcancer	3
Kvinnans situation i samband med bröstcancersjukdom och behandling	4
Partners situation i samband med kvinnans bröstcancersjukdom och behandling	5
Teoretisk utgångspunkt	6
SYFTE	7
Frågeställningar	7
METOD	7
RESULTAT	8
Partners upplevelse av sin situation under sjukdomstiden	8
Partners behov av information	8
Partners behov av stöd	9
Partners anpassning under sjukdomstiden	10
DISKUSSION	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	11
REFERENSER	14
BILAGA	
1. Artikelöversikt	

INTRODUKTION

Inledning

När en kvinna får besked om att hon har drabbats av bröstcancer så förändras livet för henne. En allvarlig sjukdom drabbar dock inte bara kvinnan utan också familjen och hela familjens situation kan förändras. Jag möter i mitt dagliga arbete, som sjuksköterska på en cancerklinik, dessa kvinnor och deras män. Min erfarenhet är att männen inte får så mycket information och stöd från oss som vårdgivare vilket kan bero på att vi har begränsad kunskap om deras behov i samband med kvinnans sjukdom. Jag upplever det som viktigt att försöka kartlägga deras situation vad avser behov av information och stöd. Därför har mitt intresse väckts till att göra denna uppsats.

BAKGRUND

Bröstcancer

Sjukdomen bröstcancer finns beskriven redan från historisk tid, orden ”karcinom” och ”cancer” torde härröra från framskriden bröstcancer, som likt en krabba tycktes gripa om kvinnans bröst. Troligen har bröstcancer länge varit en ganska vanlig sjukdom men det är först på senare tid som man genom dödsorsaks- och cancerregister fått en mera detaljerad kunskap om sjukdomens utbredning (Ryden 1996).

Incidensen av bröstcancer varierar påtagligt mellan olika delar av världen. Den högsta incidensen återfinns i de västliga I-länderna såsom USA, Kanada, Australien, Nya Zeeland, Västeuropa och i de nordiska länderna. Bröstcancer är mindre vanligt i Asien och Afrika. I Sverige är bröstcancer den mest frekvent förekommande cancersjukdomen bland kvinnor, ungefär 6500 kvinnor får diagnosen varje år. Av dessa kommer 25-30 % att få återfall i sin sjukdom. Enligt vår nuvarande kunskap så saknar flertalet fall av bröstcancer ärftlig bakgrund och är istället så kallad sporadisk bröstcancer. Mycket talar för att miljöexponering och livsstilsfaktorer har en stor betydelse för bröstcancers uppkomst (Nationellt Vårdprogram 2005).

Det första tecknet på bröstcancer är vanligtvis en ”knöl” i bröstet som upptäcks av kvinnan själv. Hon söker då hos läkaren där man gör en klinisk undersökning samt cytologiproov för att få svar på om ’knölen’ är benign (godartad) eller malign (elakartad) (Ringborg m fl 1998; Jönsson 2004). Kirurgi är den primära behandlingen av bröstcancer, vanligast är att man gör en bröstbevarande kirurgi vilket innebär att man endast opererar bort den del av bröstet som innehåller tumör. Om tumören är stor så gör man en så kallad mastektomi, som innebär att hela bröstet opereras bort, samt en utrymning av armhållans lymfkörtlar (axillutrymning) vilket innebär att armhållans lymfkörtlar avlägsnas (Jönsson 2004). Efter operationen så erbjuds kvinnan den efterbehandling som är bäst lämpad för henne, utifrån förutbestämda kriterier tex tumörens storlek , det kan innebära strålbehandling, cytostatika och/eller hormonbehandling. De flesta kvinnor får strålbehandling efter operationen (Regionala Vårdprogram 2005).

En fjärdedel av de kvinnor som drabbas av bröstcancer kommer med tiden att få recidiv i sin sjukdom och så småningom dö i sjukdomen. Vid det första recidivet går kvinnans behandling från kurativ (botande) till palliativ (lindrande) fas. Man skiljer mellan tidig och sen palliativ fas eftersom målet för dessa behandlingar skiljer sig åt (Jönsson 2004). I den tidiga fasen är målet både livsförlängning och förhöjd livskvalitet. Vid primär spridning till

skelettet kan denna fas bestå av flera år, enstaka kvinnor kan till och med överleva i 10 år eller mer trots spridningen av sjukdomen. Om kvinnan däremot har primär spridning till levern så är prognosen dålig och många kvinnor avlider under det första året (Jönsson 2004).

Eftersom majoriteten av kvinnorna kommer att överleva ett eller flera år med spridd sjukdom måste symtombehandlingen vara långsiktig och orsaksrelaterad. Cytostatika- och hormonbehandling kan förbättra överlevnaden, samtidigt som behandlingarna kan lindra smärta och andra tumörrelaterade symtom. Hos kvinnor med hormonreceptorpositiv bröstcancer är hormonell behandling förstahandsbehandling. Hormonell behandling ger generellt färre och mildare biverkningar än cytostatikabehandling vilket är betydelsefullt då behandlingen primärt är palliativ. Bisfosfonatbehandling är en annan form av behandling för kvinnor med skelettmetastaserande bröstcancer. Bisfosfonater hämmar nedbrytningen i skelettet vilket reducerar risk för frakturer och minskar behov av strålbehandling. Man kan kombinera bisfosfonatbehandling med hormonell- och cytostatikabehandling. Samtidig behandling med cytostatika och hormoner ska dock undvikas eftersom denna kombinationsbehandling inte har visat tillräckligt god effekt (Jönsson 2004). Den sena fasen är när den tumorspecifika behandlingen inte längre hjälper. Denna fas brukar vara i veckor upp till någon månad och målet är inte nu längre att förlänga livet utan att erbjuda och genomföra en god symtomlindring och att ge ett bra psykologiskt stöd (Jönsson 2004).

Kvinnans situation i samband med bröstcancersjukdom och behandling

Befintlig forskning visar att i samband med bröstcancersjukdom och dess behandling upplever yngre kvinnor mer känslomässig oro och sorg medan äldre kvinnor rapporterar en ökad fysisk begränsning (Penman m fl 1986; Northouse m fl 1987; Vinokur m fl 1990; Mor m fl 1994). I Lukers studie (1996) kommenterade många kvinnor hur bröstcancerdiagnosen hade förändrat deras liv, att leva med sjukdomen hade givit dem en förståelse för vad som är viktigt för dem samt medfört att de gjorde andra prioriteringar i livet. I flera studier har man undersökt ångest- och depressionssymtom hos kvinnor med bröstcancer (Epping-Jordan m fl 1999; Watson m fl 1999). Hall med medarbetare (1999) fann i sin studie att majoriteten av kvinnorna upplevde att de hade symtom på ångest och/eller depression.

Studier har visat att kvinnor som känner osäkerhet kring sjukdomen samt upplever cancer som hotande upplever mer hopplöshet gällande framtiden, har mer problem med att anpassa sig till sjukdomen samt rapporterar en sämre livskvalitet (Carey m fl 1991; Northouse m fl 1995; McCubbin m fl 1996; Northouse m fl 2000). Graden av socialt stöd har förknippats med att kvinnan anpassar sig bättre till situationen, detta har man sett är viktigt både hos kvinnor med nydiagnostiserad och recedivierande bröstcancer (Bloom m fl 1982; Northouse m fl 1995; Pistrang m fl 1995; Manne m fl 1999). Spiegel med medarbetare (1989) kom fram till att kvinnor med mycket socialt stöd som fått återfall i sin sjukdom hade en längre överlevnad.

Trots att mycket uppmärksamhet har riktats direkt till den medicinska behandlingen av bröstcancer så finns det lite tillgänglig information om psykosociala aspekter vid återfall i sjukdomen. Resultaten från de få studier som är gjorda inom detta område indikerar att kvinnor som fått återfall i sjukdomen har sämre fysisk kondition, sämre uppfattning om sin hälsa, mindre hopp och mer problem med relationen till sjukvårdspersonalen än vad kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer har (Silberfarb m fl 1980; Cella m fl 1990; Mahon m fl 1995; Frost m fl 2000). Många kvinnor har ångest- och stressrelaterade symtom för att de är rädda för att få återfall i sin sjukdom (Lee-Jones 1997) men majoriteten av dessa kvinnor har

inte några allvarliga psykiska problem. Trots att de inte lider av någon allvarlig psykisk åkomma så medför deras oro, stress och ångest en minskad grad av livskvalitet (Cella 1987; Welsh-McCaffrey m fl 1989; Ganz m fl 1996; Gray m fl 1998).

Partnerns situation i samband med kvinnans bröstcancersjukdom och behandling

Ju sjukare en familjemedlem är, ju mer krävande, omfattande och individuellt tycks omvårdnadsbehovet vara (Weitzner m fl 1999). Det saknas idag kunskap om hur ett långvarigt vårdande av en sjuk familjemedlem påverkar den anhörige över tid. Nijboer med medarbetare (1998) fann i sin undersökning att långvarigt vårdande av en anhörig med cancersjukdom är associerat med nedsatt hälsa hos den som vårdar.

Anhöriga som vårdar en sjuk familjemedlem har en större omfattning av psykologiska tillstånd jämfört med normal population (Northouse m fl 1989). Jamison med kollegor (1978) fann i sin studie att många partner rapporterade psykosomatiska svårigheter och svårigheter att hantera sin roll på arbetet från det att hustruns operation ägde rum tills hon var utskriven från sjukhuset. Trots det finns det idag ingen generellt vårdprogram för hur man hjälpa och stödja den anhörige. Rädsla och farhågor inför hustruns behandling och prognos skapar ökad oro och begränsar partnerns kapacitet till att vara ett stöd. Partnern har mycket egna frågor och funderingar samt en känsla av osäkerhet inför framtiden (Oberst & James 1985; Northouse 1987; Kristjanson 1989; Wilson & Morse 1991; Zahlis & Shands 1991; Hilton 1993). Nijboer med medarbetare (2001) fann i deras studie att brist på socialt stöd kunde härröras till anhörigas depression. Kurtz med medarbetare (1995) har beskrivit att optimism och demografiska faktorer såsom ålder och kön är förknippat med hur anhöriga reagerade. Samms (1999) fann i en studie att partnern uttryckte att han hade egna personliga och känslomässiga problem samt en oro och en längtan efter att kunna stödja sin cancersjuka hustru. Vidare efterfrågade han strategier för att kunna ge stöd i samband med hustruns cancersjukdom. Partnern upplevde rädsla, sorg, känsla av hopplöshet. Han kände sig också ofta oinformerad och inte förberedd på hur han skulle hantera denna livskris (Kilpatrick m fl 1998).

Partnerns ansträngning till att hjälpa kvinnan kan motiveras med eget behov av att reducera sina känslor av oro och hot på grund av sjukdomen. Partnern har en stor del i kvinnornas återhämtning vilket kan innebära att han upplever att det är svårt att urskilja sina egna behov från kvinnans vilket resulterar i något som kan uppfattas som en ohjälpsamhet och tillbakadragenhet (Coyne m fl 1990; Gottlieb m fl 1991).

Många partner rapporterar en känsla av oförbereddhet på denna livskris som det innebär då kvinnan får bröstcancer (Meissner m fl 1990; Sabo 1991). Vidare att de erhåller bristfällig information angående sjukdomen och dess behandling. Flera forskare har kommit fram till att partner till kvinnor med bröstcancer har ett stort behov av att erhålla information (bl a Northouse 1989; Hilton 1993). Northouse (1989) har visat att information hjälper dem att hantera situationen med att deras hustru har cancer. Hilton (1993) fann i sin studie att de flesta av de 35 familjer som studerades ville bli informerade om sjukdomen, ha information om vad som skulle ske vid operationen, få insikt om prognosen samt hur de kunde förhindra recidiv. Northouse (1989) fann i sin studie att partnern oftast identifierade det känslomässiga stöd som de fick som det som medförde att de kunde hantera kvinnans sjukdom. Partnern uppskattade den kärlek och omtanke som de fick av släkt och vänner, få nämnde att de fått stöd av sjukvårdspersonalen (Wellisch m fl 1978).

Vilka förutsättningar som krävs för att anhöriga till personer med cancersjukdom skall ha en tillfredställande situation är inte kartlagt. Vidare är informations- och stödbehovet hos partner till kvinnor med bröstcancer understuderat. Även om forskning gjorts gällande oro hos kvinnor med bröstcancer så är det få studier gjorda med fokusering på familjen, speciellt på partnern till kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer (Omne-Ponten 1993).

Teoretisk utgångspunkt

Antonovsky som var professor i medicinsk sociologi myntade begreppet salutogenes (1979). Salutogenes kommer från latinets *salus* som betyder hälsa och från det grekiska ordet *genesis* som betyder ursprung eller uppkomst. Antonovsky formulerade den salutogena frågan: Varför klarar vissa sin hälsa trots att de utsätts för svår stress (Antonovsky 1991). Antonovsky presenterade 1979 en teoretisk modell, gjord för att förstå relationen mellan stress, coping och hälsa (Antonovsky 1979). Han menar att man kan se hälsa som ett kontinuum, där ytterligheterna är frisk eller sjuk, och att man borde fokusera mer på vad som orsakar hälsa än vad som orsakar sjukdom. Hans svar på den salutogena frågan var begreppet "Sense of coherence" (SOC). Den svenska översättningen är känsla av sammanhang (KASAM). Enligt Antonovsky så är graden av hög respektive låg känsla av sammanhang avgörande för var man befinner sig på kontinuet mellan frisk och sjuk (Antonovsky 1991).

Enligt Antonovsky omfattar känsla av sammanhang tre begrepp: 1) *Begriplighet* vilket innebär att det som inträffar är förståeligt och upplevs som ordnat, strukturerat och tydligt, 2) *Hanterbarhet* vilket innebär att man har en upplevelse av att ha tillräckliga resurser för att kunna möta olika situationer i livet och 3) *Meningsfullhet* vilket innebär att man har en upplevelse av delaktighet i det som sker. Mellan de tre komponenterna finns en inbördes ordning där meningsfullheten är mest central och en förutsättning för bestående begriplighet och hög hanterbarhet. Antonovsky utvecklade ett instrument där man kan mäta graden av KASAM. Höga värden av dessa tre komponenter innebär att individen har en stark känsla av sammanhang och ju högre grad KASAM, desto bättre förmåga har individen att hantera problemsituationer (Antonovsky 1991).

Aktuell teoretisk modell är vald då den stämmer in väl på det som undersöks i uppsatsen. I KASAM ingår hälsa, stress och coping som centrala begrepp vilket är aktuellt för populationen beskriven i denna uppsats. Männens lever under stress, har sämre hälsa och behöver hjälp med att hantera situationen med att hans hustru har fått en allvarlig sjukdom. Om man inte förstår sammanhanget så är det svårt att se att en förändring är nödvändig. Ett exempel är vilken betydelse informationsgivandet har. Vidare att informationen måste ges på ett begripligt sätt annars kan det leda till missförstånd och obegriplighet. Det krävs tillgängliga resurser för att dessa män ska kunna möta de krav som ställs på dem och hantera den stressituation som dom befinner sig i. Upplevelsen av meningsfullhet bottnar i känslan av att kunna styra och påverka sitt liv och det är viktigt att dessa män är delaktiga i det som sker runt kvinnans sjukdom (Antonovsky 1991).

SYFTE

Syftet med aktuell litteraturstudie är att kartlägga hur partners till kvinnor med bröstcancer upplever sin situation, vilka behov av information och stöd som föreligger samt hur anpassning sker under kvinnans sjukdomsperiod.

FRÅGESTÄLLNINGAR

Frågeställningar som legat till grund för litteraturgenomgången är:

- Hur upplever partners till kvinnor med bröstcancer sin situation?
- Vilket behov av information och stöd har partners till kvinnor med bröstcancer?
- Hur anpassar sig partners till kvinnor med bröstcancer under sjukdomsperioden?

METOD

Artiklar i enlighet med studiens frågeställningar har granskats. Underlaget till denna litteraturstudie utgörs av vetenskapliga artiklar. Artikelsökningen skedde i databaserna CINAHL och PubMed. I PubMed gjordes flera sökningar. I första sökningen användes sökorden *breast cancer* och *husbands* vilket gav 97 träffar, här valdes 5 artiklar ut (Woloski 2002; Rees 1998; Rees 2000; Northouse 1989; Northouse 1987), se Tabell 1. I andra sökningen användes sökorden *breast cancer*, *husbands* och sökordet *needs* vilket gav ytterligare 13 artiklar. Av dessa artiklar valdes 3 stycken ut (Salminen 2004; Nikoletti 2003; Kilpatrick 1998), se Tabell 1. Sen gick jag vidare med att söka på *breast cancer*, *husbands* och *support* som gav 72 artiklar. Av dessa artiklar valdes 3 stycken (Kadmon 2004; Bultz 2000; Northouse 1988), se Tabell 1. Aktuella artiklar valdes då de motsvarade mitt syfte och frågeställningar. Referenserna är hanterade enligt Harvardsystemet, (www.hb.se/bib/harvard/refhar.asp). I CINAHL hittade jag inga ytterligare artiklar av intresse för aktuell litteraturstudie.

Databas	Sökord	Antal artiklar	Använda artiklar
PubMed	breast cancer AND husbands	97	5
PubMed	breast cancer AND husbands AND needs	13	3
PubMed	breast cancer AND husbands AND support	72	3
CINAHL	breast cancer AND husbands	306	0
CINAHL	breast cancer AND husbands AND needs	157	0
CINAHL	breast cancer AND husbands AND support	239	0

Tabell 1. Sökord och antalet vetenskapliga artiklar som framkom vid litteratursökningen.

RESULTAT

Partners upplevelse av sin situation under sjukdomstiden

Studier visar att partners rapporterar emotionell stress, oro, utmattning samt förändrat stämningsläge i anslutning till hustruns vårdtid. Partners stämningsläge förbättrades ju längre tiden gick men oron och den emotionella stressen var fortfarande inte minskad 18 mån efter diagnostillfället. En del partners (24 %) rapporterade att de upplevde medel till svår oro samt emotionell stress 18 mån efter hustruns operation (Northouse m fl 1987; Northouse 1989). Detta resultat stämmer bra överens med vad Oberst och James (1985) kom fram till, männen har svårigheter att hantera situationen med hustruns cancer och därmed upplever stress och utmattning, framförallt under den sjuke hustruns vårdtid (Northouse m fl 1987). Annan forskning visar att flertal partners upplever en oro att deras hustru inte får den bäst tilltänkta vården (Kilpatrick m fl 1998; Nikoletti m fl 2003). Partners med barn under 20 år rapporterade mer otillfredsställda behov än de partners som hade äldre barn. Samma gällde partners under 60 år (Kilpatrick m fl 1998; Nikoletti m fl 2003).

Partners behov av information

Många partners upplevde att de själva var uppmärksamma och aktivt sökte information i avsikt att klara av situationen med hustruns sjukdom. De uppgav att de inte hade fått mycket information eller ingen information alls från vare sig läkare eller annan vårdpersonal (Rees m fl 1998). Partnern hade ett önskat behov av att få mer information om hustruns sjukdom, dess påverkan av det dagliga livet samt information om behandlingen, dess biverkningar samt om hur dom bäst skulle kommunicera med sin hustru och ge henne omvårdnad och stöd. Dom ville ha ärliga svar på sina frågor (Kilpatrick m fl 1998; Nikoletti m fl 2003; Salminen m fl 2003). Flertalet av partnerna ville ha mer information om hur de skulle kunna påverka det dagliga livet så att det fungerade väl. Dom upplevde också att de behövde information om vad dom själva kunde göra för att få ett bättre generellt välmående (Salminen m fl 2003). En del partner indikerade att de ville ha skriftlig information inför hustruns operation, en del av männen upplevde att de inte visste vilka frågor de skulle ställa (Kilpatrick m fl 1998).

Majoriteten av partners i två studier tyckte att ansvarig läkare skulle ge den medicinska informationen (Rees m fl 1998; Salminen m fl 2003). Den skulle ges muntligt till både den drabbade kvinnan och hennes partner närvarande. De ansåg också att en del information behövde upprepas flera gånger samt att det var viktigt att få fortlöpande information, vilket de flesta partner upplevde att de inte hade fått. Det visade sig i flera studier att partners upplevde att läkare och annan sjukvårdspersonal hade en tendens att ignorera deras behov av information. De trodde att eftersom personalen hade en begränsad tid till varje patient så fick kommunikation med anhöriga en lägre prioritet än vad den medicinska behandlingen av patienten fick. Flera partners upplevde att de kände sig obekväma med att be personalen om information, de tyckte inte heller att de skulle behöva be om det (Rees m fl 1998; Rees m fl 2000). Partners som fick information av både bröstcancersjuksköterska och läkare hade mindre otillfredsställda behov jämfört med de partners som fått information från annat håll (Nikoletti m fl 2003).

Partners med akademisk utbildning visade sig i en studie ha ett ökat behov av att få information och de var generellt missnöjda med den information som de hade fått (Salminen m fl 2003). En annan studie visade att partners med akademisk utbildning fick sina behov av information och stöd mer tillfredsställda än dom som inte hade akademisk utbildning

(Kilpatrick m fl 1998). Alla vill inte ha information, en del partners uppgav att de faktiskt inte ville ha någon information även om de hade blivit erbjudna då de ansåg att de klarade av att hantera situationen bra med att deras hustrur var sjuka i cancer (Rees m fl 1998). Män med barn under 20 år och män under 60 år upplevde att deras viktigaste behov vid informationstillfället var att sjukvårdspersonalen var ärliga (Kilpatrick m fl 1998, Nikoletti m fl 2003).

Majoriteten av partners fick information av sin hustru. Informationsflödet mellan kvinnan och hennes partner skiljer sig i olika studier. Det visade sig i en studie att flödet var bra men i en annan studie så upplevde mannen att det inte var bra, informationen upplevdes inte som tillräcklig (Rees m fl 2000, Salminen m fl 2003). Rees med medarbetare (2000) visade att nästan alla män (97 %) i denna studie fick någon form av information av hustrun. Trots att majoriteten av partners kände sig nöjda med den information som de hade fått så sökte många av partnerna information på annat håll då hustrun inte helt och hållet kunde tillfredsställa deras behov av information. Några partners upplevde att hustrun inte ville delge eller inte delgav dom information. Skälet till detta trodde de berodde på att hustrun inte ville oroas (Rees m fl 2000). Detta stämmer med tidigare forskning som har visat att den sjuka personen är nyckeln till informationen (Chalmers m fl 1996; Rees m fl 1998).

Det saknas information om förändringar i samlivet mellan mannen och hans sjuka hustru. En studie uppgav att partnern saknade information om detta, ingen av partnern i denna undersökning hade pratat med någon vårdpersonal om dessa samlivsförändringar. Ingen vårdpersonal hade heller tagit upp frågan med dom (Woloski m fl 2002).

Den information som gavs av den behandlande läkaren upplevdes som mest viktig av vissa men det fanns andra som upplevde att den viktigaste informationen kom från sjuksköterska, vänner, familj, IT eller litteratur (Salminen m fl 2003). Informationskällor som männen använde sig av, förutom sjukvårdspersonalen, var Cancerfonden eller motsvarande, andra rådgivare, Internet eller stödgrupper om det fanns tillgängligt (Nikoletti m fl 2003). Flertalet partners tyckte att information via blanketter och broschyrer var bra men att det inte kunde ersätta muntlig information från läkaren (Rees m fl 1998).

Partners behov av stöd

Partners får generellt mindre stöd från vänner, läkare och annan vårdpersonal jämfört med kvinnan (Northouse 1988). Det kan skilja sig mellan olika kulturer, en studie visade att män från Israel fick mer socialt stöd från sina fruar, övrig familj och vänner än vad män från Kina fick (Kadmon m fl 2004). Männen från Kina rapporterade att de hade liten omfattning av kontakt med bröstsjuksköterskan. Resultatet från denna studie visade även att männen från Kina hellre vill delta i stödgrupp än be familj och vänner om stöd (Kadmon m fl 2004).

Bultz med medarbetare (2000) har visat att stödåtgärder har effekt. De partners som hade deltagit i stödgrupp uppgav att de påverkade sina fruar positivt då kvinnorna fick mindre grad av humörsvängningar och de upplevde sig ha ett förtroget stöd av sin make. Männen uppgav att deras äktenskap var stabilt medan det var en försämring i äktenskapet hos de män som inte varit med i stödgrupp (Bultz m fl 2000). Partners som deltagit i stödgrupp hade mindre humörsvängningar, reducerad oro samt mindre förekomst av aggressivitet, depression, trötthet och förvirring än de partners som inte varit med i stödgrupp (Bultz m fl 2000)

Partners anpassning under sjukdomstiden

Partnerna beskrev svårigheten med att parallellt sköta sitt arbete och ta hand om hemmet samtidigt som de ville spendera mycket tid hos sin hustru då hon fanns på sjukhus och därmed vara ett stöd för henne. Sjukskrivning drabbade en del män för att det var kämpigt att få allt att fungera, några beskrev att dom förträngde att hustrun var sjuk medan andra beskrev hur de kämpade med tanken på att deras hustrur var sjuka. En del uppgav att de hade ekonomiska problem åsamkat av sjukdomsperioden (Northouse m fl 1987; Woloski m fl 2002). Partners till kvinnor som fått återfall i sin sjukdom hade mer problem att anpassa sig socialt, få ihop sysslorna i hemmet samt att sköta sitt arbete än de partners vars hustru inte hade fått återfall (Northouse 1989).

Partners som fick mycket stöd hade färre problem med anpassningen än de som fick lite stöd. Northouse (1988) kunde inte hitta någon skillnad mellan de som hade många respektive de som hade få personer i sin närhet i sin studie. Att de med färre nära personer skulle ha mer problem med att anpassa sig till hustruns sjukdom fanns det inga belägg för utan skillnaden var i om de fick mycket respektive lite stöd (Northouse 1988). Partners sociala funktion förbättrades sedan diagnostillfället och resultatet i en studie av Northouse (1989) visar att svårigheterna i psykosocial anpassning inte var begränsad till den tidiga fasen i sjukdomsförloppet utan varade under en längre tid av sjukdomsperioden (Northouse 1989). Northouse resultat visade att det inte var någon skillnad på partners sätt att anpassa sig kopplat till med vilken typ av operation eller behandling som hustrun fick (Northouse 1988).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Denna litteraturstudie har bidragit till en ökad kunskap om vilka behov av stöd och information partners till kvinnor med bröstcancer har samt hur de upplever sin situation. Vidare hur partnern anpassar sig under kvinnans sjukdomstid. De artiklar som jag har använt i min litteraturstudie var relevanta och har besvarat befintliga frågeställningar.

Jag fick flest sökträffar i databasen PubMed, där hittade jag 11 artiklar som jag har granskat. Jag sökte även i PubMed efter artiklar för att få material till bakgrunden. Alla artiklarna är skrivna på engelska. Studierna är utförda i olika delar av världen, hälften av dom i USA och Canada. Artiklarna är skrivna under olika årtionden, tre från 1980-talet, två från 1990-talet och sex från 2000-talet. De flesta artiklar som jag har granskat är deskriptiva, vilket innebär att dom beskriver hur något är, och analyserar tillgänglig fakta i förhållande till mitt syfte. Det var svårt att hitta artiklar om detta ämne. Information och stödbehovet hos dessa män är understuderat, det finns lite kunskap, därav anledningen till att tre av mina artiklar är från 1980-talet.

Av de 11 artiklar som jag har valt så beskriver fyra av dom kvalitativa studier där data insamlats genom intervjuer. I studier där man vill få fram deltagarnas upplevelse, uppfattning, intryck eller åsikter så är intervju som metod för datainsamling användbar. Det finns framförallt två typer av intervjuer, strukturerade och ostrukturerade. Den strukturerade intervjun innebär att varje intervju följer ett fast utfrågningsmönster medan man i den ostrukturerade intervjun använder sig av öppna frågor för att få friare svar. Den senare kan

upplevas svårare att analysera (Notter & Hott 1994). Med intervju som metod så samlar man in data vid personlig kontakt vilket är en fördel om man behöver förtydliga frågorna eller svaren (Notter & Hott 1994).

I sex av mina valda artiklar så har man använt sig av enkäter som metod för datainsamling. Fördelen med enkät som redskap för datainsamling är bl. a. mindre tidsåtgång och att enkäter kan tillämpas på en större population samt på personer som befinner sig på avstånd från forskaren. Frågorna kan antingen vara bundna eller öppna. Liksom vid ostrukturerade intervjuer är svaren på de öppna frågorna något svårare att analysera än de svar man får på bundna frågor (Notter & Hott 1994). En av nackdelarna med enkäter är risken för bortfall. Frekvensen av respons varierar i stor utsträckning mellan studier. Det kan även vara svårt att konstruera frågorna så att de tolkas på samma sätt av samtliga personer som deltar i studien (Notter & Hott 1994).

I omvårdnadsforskning finns utrymme för både kvalitativ och kvantitativ metod. Val av metod för datainsamling sker i enlighet med studiens frågeställningar alternativt hypoteser. Jag tycker att både enkät- och intervjumetod är bra metoder, allt beroende på vad man vill studera. I de fyra artiklarna som jag granskade där intervjuer gjordes tycker jag att resultatet gav en bra bild om hur partnern upplever sin situation. Det är svårare att sammanställa resultatet där intervjuer har gjorts men min uppfattning är att man får mer djupgående information och uppfattning om hur männens situation upplevs om man gör intervjuer. Jag tycker dock även att i de artiklar som jag har granskat där enkätmetoden har använts har givit svar på frågeställningarna i min studie.

Resultatdiskussion

Mitt syfte med denna uppsats var att kartlägga och belysa vilka behov av information och stöd partners till kvinnor med bröstcancer har samt hur dom upplever och anpassar sin situation under kvinnans sjukdomstid. Resultatet från de granskade artiklarna visar att partners till kvinnor med bröstcancer har behov av information och stöd som inte tillgodoses av sjukvårdspersonalen. Det är en svår situation för partnern när kvinnan blir sjuk och de vet inte alltid hur de ska hantera situationen. Partnern har svårt att anpassa sig socialt med att sköta sitt arbete och hemmet samt samtidigt vara ett stöd för hustrun. Dom upplever stress och oro under en lång tid efter kvinnans operation och är oroliga över hur kvinnan ska må efter operationen samt under behandlingen. Partnern upplever också en oro över att hans hustru ska få återfall i sjukdomen.

Partnern har en viktig roll i att vara ett stöd för kvinnan men för att han ska kunna vara det så måste han också få stöd. Sjukvårdspersonalen måste ägna mer uppmärksamhet till kvinnans partner. Då de har svårt att anpassa sig under den långa sjukdomstiden, därför måste de få ökad förståelse för sina upplevelser och hjälp med hur de ska anpassa sig till situationen. Mer forskning behöver göras för att kartlägga partners psykosociala situation och problem. Vi måste säkerställa att partnern har resurser för att dels ha ett eget bra välmående, dels resurser för att stödja sin fru. Jag tror att uppföljning av kvinnan och hennes partner under sjukdomstiden skulle hjälpa sjuksköterskan och övrig vårdpersonal att identifiera parets situation och partners välmående och behov. Jag tror att det är viktigt att partnern får hjälp med att ta itu med sina känslor och att försöka hantera dom istället för att fly från dom.

Behovet av information

Resultaten av de studerade artiklarna visade att det behov som är störst hos partnern till kvinnor med bröstcancer är behov av information. Behovet av information hos partnern är individuellt och ska behandlas därefter, en del partner söker aktivt efter information och en del undviker det. Flera män uppgav att de behöver och vill ha mer information om kvinnans diagnos, behandling samt hur sjukdomen påverkar det dagliga livet (Kilpatrick m fl 1998; Rees med fl 1998; Nikoletti m fl 2003; Salminen m fl 2003). Det brister i information mellan sjukvårdspersonalen och partners till kvinnorna. Det tycker jag att mina valda artiklar har visat och det är något som vi som sjukvårdspersonal måste ta åt oss och förbättra. Partnern behöver också information om hur dom själva skulle kunna påverka det dagliga livet så att det ska fungera så bra som möjligt samt vad dom själva kan göra för att ha ett bra välmående (Salminen 2003). Som vårdpersonal måste vi ta på oss ett större ansvar med att informera partnern i samband med kvinnans diagnos, behandling samt vid ett eventuellt återfall i sjukdomen. Jag tror också att det krävs att man upprepar informationen kontinuerligt och att man inte ger för mycket information samtidigt. Jag tror att det är viktigt att vi visar att vi bryr oss om dom och att vi finns till hands så att dom känner sig trygga. Partnern behöver involveras i vården kring hustrun, då tror jag att de vågar ställa frågor om hustruns sjukdom, framtiden osv. Detta är inte alltid så lätt eftersom kvinnans partner inte alltid är med vid läkarbesöken, vid inläggning på vårdavdelning eller vid behandlingstillfällena men vi som vårdpersonal kan ju uppmuntra till att dom kommer med. Man ska dock inte glömma att det finns en del partners som inte vill ha information. I Rees studie (1998) framkom det att en del partners inte ville ha information även om de skulle ha blivit erbjudna det då de ansåg att de lättare skulle klara av och hantera situationen om de inte visste så mycket. Jag tror att det är de partners som inte kommer med kvinnan till läkaren, dom är rädda för att dom inte vet vad dom ska göra av informationen som de får, dom vet inte hur dom ska prata med sin kvinna, hur dom ska bemöta henne och hantera situationen. Vi måste försöka få dom att inse att det blir svårt för dom att vara ett stöd för kvinnan om de inte vet något om sjukdomen, planeringen kring behandling samt förväntade biverkningar.

Resultatet visar i flera av artiklarna att det är kvinnan som är nyckeln till informationen som partnern får (Chalmers m fl 1996; Rees m fl 1998; Rees m fl 2000). Informationsflödet mellan kvinnan och hennes partner skiljer sig i olika studier, det visade sig att det kunde vara både bra och mindre bra (Rees m fl 2000; Salminen m fl 2003). Jag tycker inte att det ska vara kvinnans ansvar att informera sin partner. Även om hon delvis kan göra det så är det vi som sjukvårdspersonal som ska erbjuda information samt följa upp hur mycket partnern har uppfattat. Jag tror att det är viktigt att få med partnern till läkarbesöken för att kunna ge en så bra information som möjligt, jag vet att det är många partners som är med sina kvinnor på dessa besök men att det är vi som sjukvårdspersonal som brister i att ge tillräckligt med information. Min erfarenhet är att många partners inte frågar så mycket när dom är med hos läkaren och om då läkaren inte heller informerar så är det ju inte konstigt att det brister i informationen.

Behovet av stöd

Stöd är viktigt. Northouse (1988) fann att de partners som fick mycket stöd hade mindre problem med att anpassa sig till att kvinnan var sjuk än de partners som hade lite stöd. Nijboer med medarbetare (2001) fann i sin undersökning att brist på socialt stöd kunde härröras till anhörigas depression. Det är viktigt att vi som vårdpersonal försöker fånga upp dessa partners som inte har tillgång till stöd, vilket inte är en lätt uppgift. Jag tror att om man

etablerar en öppen kontakt med kvinnan och hennes partner och lär känna de båda, så har man en ganska så klar bild över hur partners situation är. Det är också lättare för oss som sjuksköterskor att våga ställa frågor om hur partnern mår och hur han upplever att hans situation är, om man har en fin kontakt med honom. Jag tror att om partnern känner sig trygg så är det lättare att våga prata om sina känslor och ställa frågor som han inte vågat tidigare. I en av de granskade artiklarna (Bultz m fl 2000) så fick 17 partners till kvinnor med bröstcancer vara med i stödgrupp och de andra 17 fick inte vara med. Resultatet visade att de partners som hade deltagit i stödgruppen hade mindre humörsvängningar, oro, depression samt trötthet än vad de partners som inte hade deltagit hade. De som deltagit i stödgruppen hade också mindre problem i sitt förhållande till kvinnan, hon upplevde ett förtroget stöd av partnern efter att han varit med i stödgruppen. Det är ju en väldigt liten population som är undersökt i denna studie men jag tycker att resultatet är intressant.

Uppsatsens anknytning till den teoretiska utgångspunkten

Antonovskys teoretiska modell (1979) tar upp hälsa, stress och coping vilket litteraturen visar är centralt för partners till kvinnor med bröstcancer. Dom lever under stress och behöver information samt stöd för att kunna hantera sin situation med att hans kvinna har fått en allvarlig sjukdom. Om partners till kvinnor med bröstcancer kan uppnå hög grad av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet så är det troligt att de också kommer att kunna hantera sin situation bättre och därmed få en meningsfull tillvaro. Möjligen kan just interventioner såsom stöd och informationsgivning medföra att en individs känsla av sammanhang stärks.

Konklusion

Partners till kvinnor med bröstcancer har behov som inte tillgodoses av sjukvårdspersonalen. Då partnern har en viktig roll i att vara ett stöd under sjukdomsperioden måste vi som sjukvårdspersonal ägna mer uppmärksamhet till kvinnans partner. Jag tror att partners till kvinnor med bröstcancer kan ha nytta av att delta i stödgrupper men jag tror att ännu fler har nytta av att vara med i grupper, i regi av sjukvården, där man i första hand erhåller kunskap om kvinnans sjukdom och behandling. Enligt min uppfattning så är det saklig information som dessa män saknar för att kunna hantera sin egen situation bättre, vilket dom måste för att kunna ha ett bra välbefinnande samt vara ett stöd för kvinnan. För att kunna ge en bra och värdefull information till partnern så krävs det att både läkare och sjuksköterskor är inblandade i sådan gruppverksamhet.

Fortsatt forskning

Antonovskys modell är spännande och det är något som jag i nästa uppsats tänker arbeta vidare med. Fortsatt forskning inkluderar en intervjustudie med syfte att undersöka hur partners till kvinnor med bröstcancer upplever deras behov av- samt möjligheter till en känsla av sammanhang inkluderande begriplighet, hanterbarhet samt meningsfullhet. Vidare hur de själva uppfattar att en känsla av sammanhang kan uppnås. Resultatet från den studien kan användas som ett underlag för att utforma ett interventionsprogram som inkluderar ett psyko-onkologiskt omhändertagande av partners till kvinnor med bröstcancer.

REFERENSER

- Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1991). Hälsans Mysterium. Natur och kultur.
- Bloom, J.R. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science and Medicine*, vol 16, pp.1329-1338.
- Bultz, B.D., Speca, M., Brasher, P.M., Geggie, P.H.S. & Page, S.A. (2000). A Randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, Vol. 9, pp. 303-313.
- Carey, P., Oberst, M., McCubbin, M. & Hughes, S. (1991). Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, Vol. 18, pp.1341-1348.
- Cella, D. (1987). Cancer survival: psychosocial and public issues. *Cancer Investigation*, Vol. 5(1): pp. 59-67.
- Cella, D.F., Mahon, S.M. & Donovan, M.I. (1990). Cancer recurrence as a traumatic event. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 16, pp.15-22.
- Chalmers, K., Thomson K. & Degner, L.F. (1996). Information support and communication needs of women with a family history of breast cancer. *Cancer Nursing*, Vol. 19(3), pp. 204-213.
- Coyne, J.C., Ellard, J.H. & Smith, D.A.F. (1990). Social support, interdependence, and the dilemmas of helping. In *Social Support: An Interactional View*. (Edited by Sarason BR et al), pp. 129-149, Wiley, New York.
- Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E., Osowiecki, D.M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K. & Krag, D.N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: process of emotional distress. *Health Psychology*, Vol. 18, pp. 315-326.
- Ganz, P., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M. & Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors; Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research Treatment*, Vol. 38, pp.183-199.
- Gottlieb, B.H. & Wagner, F. (1991). Stress and support processes in close relationships. In *The Social Context of Coping* (Edited by Eckenrode J.), pp, 165-188, Plenum Press, New York.
- Gray, R., Fitch, M., Greenberg, M., Hampson, A., Doherty, M. & Labrecque, M. (1998). The information needs of well long-term survivors of breast cancer. *Patient Education and Counseling*, Vol. 33(3), pp. 245-255.
- Greenlee, R.T., Murray, T., Bolden, S. & Wingo, P.A. (2000). Cancer statistics. *CA Cancer Journal Clin*, Vol. 50, pp.7-33.

- Frost, M.H., Suman, V.J., Rummans, T.A., Dose, A.M., Taylor, M, Novotny, P., Johnson, R. & Evans, R.E. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: The influence of disease phase. *Psycho-Oncology*, Vol. 9, pp. 221-231.
- Hall, A, A'Hern, R. & Fallowfield, L. (1999). Are we using appropriate selfreport questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer. *European Journal of Cancer*, Vol. 35, pp. 79-85.
- Hilton, B.A. (1993). Issues, problems, and challenges for families coping with breast cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, Vol. 9(2), pp. 88-100.
- Hilton, A. (1993). A study of couple communication patterns when coping with early stage breast cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, Vol. 3, pp.159-166.
- Jamison, K.R., Wellisch, D.K., & Pasnau, R.O. (1978). Psychosocial aspects of mastectomy: I The woman's perspective. *American Journal of psychiatry*, Vol. 135, pp. 432-436.
- Jönsson, P-E. (2004). Bröstcancer, Astra Zeneca AB.
- Kadmon, I., Woloski-Wruble, A., Yongqin, J., Wan-Min, Q. & DeKeyser, F. (2004). Social support as experienced by Chinese and Israeli husbands of women with breast cancer: a comparative study. *European Journal of Oncology Nursing*, Vol. 8, pp.131-137.
- Kilpatrick, M.G., Kristjanson, L.J., Tataryn, D.J. & Fraser, V.H. (1998). Information Needs of Husbands of Women With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, Vol. 25(9), pp.1595-1601.
- Kristjanson, L.J. (1989). Quality of terminal care: Salient indicators identified by families. *Journal of Palliative Care*, Vol. 1(1), pp. 21-30.
- Kurtz, M.E., Kurtz, J.C., Given, C.W. & Given, B. (1995). Relationship of caregiver reactions and depression to cancer patients' symptoms, functional states and depression: A longitudinal view. *Social Science and Medicine*, Vol. 40, pp. 837-846.
- Lee-Jones, C., Humphries, G., Dixon, R. & Hatcher, M. (1997). Fear of cancer recurrence; a literature review and proposed cognitive formulation to explain the exacerbation of fears. *Psycho-Oncology*, Vol. 6, pp. 95-105.
- Luker, K.A, Beaver, K., Leinster, S.J. & Owens, G.R. (1996). Meaning of illness for women with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 23, pp. 1194-1201.
- Mahon, S.M & Casperson, D.S. (1995). Psychosocial concerns associated with recurrent cancer. *Cancer Practice*, Vol. 3, pp. 372-380.
- Manne, S.L, Pape, S.J, Taylor, K.L & Dougherty, J. (1999). Spouse support, coping, and mood among individuals with cancer. *Ann Behav Med*, Vol. 21, pp. 111-121.

- McCubbin, H.I., Thompson, A.I. & McCubbin, M.A. (1996). FHI: Family Hardiness Index, in Family Assessment Resiliency, Coping and Adaptation-Inventories for Research and Practice. Madison, WI, University of Wisconsin.
- Meissner, H., Anderson, D. & Odenkirchen, J. (1990). Meeting information needs of significant others: Use of the cancer information service. *Patient Education and Counselling*, Vol. 15, pp. 171-179.
- Mor, V., Allen, S. & Malin, M. (1994). The psychosocial impact of cancer on older versus younger patients and their families. *Cancer*, Vol. 74, pp. 2118-2127.
- Nationellt Vårdprogram, Nationella Riktlinjer för behandling av bröstcancer. (2005-03-23). Svenska bröstcancergruppen . <http://www.swebcg.roc.se>
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Sanderman, R., Trimestra, M., Spruijt, R..J. & Van den Bos, G.A. (1998). Cancer and caregiving: The impact of the caregivers' health. *Psycho-Oncology*, Vol. 7, pp. 3-13.
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Trimestra, M., Van de Bos, G.A. & Sanderman, R. (2001). The role of social and psychologic resources in the caregiving of cancer patients. *Cancer*, Vol. 91, pp.1029-1039.
- Nikoletti, S., Kristjanson, L.J, Tataryn, D., McPhee, I. & Burt, L. (2003). Information Needs and Coping Styles of Primary Family Caregivers of Women Following Breast Cancer Surgery. *Oncology Nursing Forum*, Vol. 30(6), pp. 987-996.
- Northouse, L. & Swain, M.A. (1987). Adjustment of Patients and Husbands to the Initial Impact Of Breast Cancer. *Nursing Research*, Vol. 36(4), pp. 221-225.
- Northouse, P. & Northouse, L. (1987). Communications and cancer: Issues confronting patients, health professionals, and family members. *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol. 5(3), pp. 17-46.
- Northouse, L. (1988). Social Support in Patients' and Husbands Adjustment to Breast Cancer. *Nursing Research*, Vol. 37(2), pp. 91-95.
- Northouse, L. (1989). The impact of breast cancer patients and husbands. *Cancer Nursing*, Vol. 12(5), pp. 276-284.
- Northouse, L. (1989). A Longitudinal Study of the Adjustment of Patients and Husbands to Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, Vol. 16(4), pp. 511-516.
- Northouse, L.L, Laten, D. & Reddy, P. (1995). Adjustment of women and their husbands to recurrent breast cancer. *Research in Nursing Health*, Vol. 18, pp. 515-524.
- Northouse, L.L, Dorris, G & Charron-Moore, C. (1995). Factors affecting couples' adjustment to recurrent breast cancer. *Social Science and Medicine*, Vol. 41, pp. 69-76.

- Northouse, L.L, Mood, D., Templin, T., Mellon, S. & Tamara, G. (2000). Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Social Science and Medicine*, Vol. 50, pp. 271-284.
- Notter, L.E. & Hott, J.R. (1994). *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Oberst, M. & James, R.H. (1985). Going home: Patient and spouse adjustment following cancer surgery. *Topics in Clinical Nursing*, Vol. 7, pp. 46-57.
- Omne-Ponten, M. (1993). Psychosocial adjustment after breast cancer in stages 1/11: A longitudinal study including assessments of women and husbands. Unpublished doctoral dissertation, Uppsala University, Stockholm, Sweden.
- Penman, D.T., Bloom, J.R., Fotopoulos, S. et al. (1986). The impact of mastectomy on self-concept and social function: A combined cross sectional and longitudinal study with comparison groups. *Women Health*, Vol. 11, pp. 101-130.
- Pistrang, N. & Baker, C. (1998). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science and Medicine*, Vol. 40, pp. 789-797.
- Rees, C.E., Bath, P.A. & Lloyd-Williams, M. (1998). The information concerns of spouses of women with breast cancer: patients' and spouses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 28(6), pp. 1249-1258.
- Rees, C.E. & Bath, P.A. (2000). Exploring the Information Flow: Partners of Women With Breast Cancer, Patients, and Healthcare Professionals. *Oncology Nursing Forum*, Vol. 27(8), pp. 1267-1275.
- Regionala Vårdprogram/Riktlinjer Bröstcancer. (2005). Onkologiskt centrum, Västra sjukvårdsregionen.
- Ringborg, U., Henriksson, R. & Friberg, S. (1998). *Onkologi* Stockholm:Liber.
- Ryden, S. (1996). *Bröstcancer*, Astra Zeneca AB.
- Sabo, D. (1991). Men, death anxiety, and denial: Critical feminist interpretations of adjustment to mastectomy. In C Clark, J Fritz & J Rieder(Eds),. *Clinical sociological perspectives on illness and loss*, pp. 71-84. Philadelphia: Charles Press.
- Salminen, E., Vire, J., Poussa, T. & Knif Sund, S. (2004). Unmet needs in information flow between breast cancer patients, their spouses, and physicians. *Supportive Care in Cancer*, Vol. 12(9), pp. 663-668.
- Samms, M.C. (1999). The husband's untold account of his wife's breast cancer: A chronologic analysis. *Oncology Nursing Forum*, Vol. 26, pp. 1351-1358.
- Silverfarb, P.M., Maurer, L.H. & Crouthamel, C.S. (1980). Psychosocial aspects of neoplastic disease: I. Functional status of breast cancer patients during different treatment regimes. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 137, pp. 450-455.

Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C. & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, Vol. 2, pp. 888-891.

Vinokur, A.D., Threatt, B.A., Vinokur-Kaplan, D. & Satariano, W.A. (1990). The process of recovery from breast cancer for younger and older patients: Changes during the first year. *Cancer*, Vol. 65, pp. 1242-1254.

Watson, M., Haviland, J.S., Greer, S., Davidson, J. & Bliss, J.M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*, Vol. 354, pp. 1331-1336.

Welsh-McCaffrey, D, Hoffman, B, Leigh, S, Loescher, L & Meyskens, F. (1989). Surviving adult cancer II: psychosocial implications. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 111, pp. 517-524.

Weitzner, M.A., McMillan, S.C. & Jacobsen, P.B. (1999). Family caregiver quality of life: Differences between curative and palliative cancer treatment settings. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 17(6), pp. 418-428.

Wellisch, D.K., Jamison, K.R. & Pasnau, R.O. (1978). Psychosocial aspects of mastectomy: II. The man's perspective. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 135, pp. 543-546.

Wilson, S. & Morse, J.M. (1991). Living with a wife undergoing chemotherapy. *Image*, Vol. 23, pp. 78-84.

Woloski-Wtube, A. & Kadmon, I. (2002). Breast cancer: reactions of Israeli men to their wives' diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing*, Vol. 6(2), pp. 93-99.

Zahlis, E. & Shands, M.E. (1991). Breast cancer: demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol. 9(1), pp. 19-31.

Bilaga 1. Artikelöversikt

Partners till kvinnor med bröstcancer av Helene Svensson

Titel: A Randomized Controlled Trial Of A Brief Psychoeducational Support Group For Partners Of Early Stage Breast Cancer Patients

Författare: Bultz BD, Speca M, Brasher PM, Geggie PHS, Page SA

Tidskrift: Psycho-Oncology

Syfte: Att kartlägga skillnaden i stöd mellan män som fick stödsamtal och män som inte fick stödsamtal.

Metod: Deskriptiv enkätstudie, totalt 34 män deltog.

Antal ref: 51

Publ år: 2000

Land: Canada

Titel: Social support as experienced by Chinese and Israeli husbands of women with breast cancer: a comparative study

Författare: Kadmon I, Woloski-Wruble A, Yongqin J, Wan-Min Q, DeKeyser F.

Tidskrift: European Journal of Oncology Nursing

Syfte: Att kartlägga skillnaderna mellan män från Israel och Kina gällande deras upplevelser av vilket stöd de har fått av kvinnan, familjen och vårdpersonal.

Metod: Deskriptiv enkätstudie där 100 män deltog.

Antal ref: 22

Publ år: 2004

Land: Israel och Kina

Titel: Information Needs of Husbands of Women With Breast Cancer

Författare: Kilpatrick MG, Kristjanson LJ, Tataryn DJ, Fraser VH

Tidskrift: Oncology Nursing Forum

Syfte: Att identifiera behovet av information hos män till kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer

Metod: Deskriptiv enkätstudie där 84 partners till kvinnor med bröstcancer deltog.

Antal ref: 25

Publ år: 1998

Land: Canada

Titel: Information Needs and Coping Styles of Primary Family Caregivers of Women Following Breast Cancer Surgery

Författare: Nikoletti S, Kristjanson LJ, Tataryn D, McPhee I, Burt L

Tidskrift: Oncology Nursing Forum

Syfte: Att kartlägga behovet av information och behov som inte är tillfredställda (uppnådda) hos anhöriga/män till kvinnor med bröstcancer.

Metod: Deskriptiv enkätstudie där 141 anhöriga till kvinnor med bröstcancer deltog, 98 st (70%) var män.

Antal ref: 36

Publ år: 2003

Land: Australien

Titel: Adjustment of Patients and Husbands to the Initial Impact Of Breast Cancer

Författare: Northouse L, Swain M

Tidskrift: Nursing Research

Syfte: Att jämföra den psykosociala anpassningen mellan 50 kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer och deras män.

Metod: Deskriptiv studie där deltagarna intervjuades vid 2 tillfällen. 50 kvinnor och 50 män deltog

Antal ref: 25

Publ år: 1987

Land: USA

Titel: Social Support in Patients' and Husbands Adjustment to Breast Cancer

Författare: Northouse L

Tidskrift: Nursing Research

Syfte: Att kartlägga relationen mellan socialt stöd och anpassningen hos nyopererade kvinnor och deras män.

Metod: Deskriptiv studie där deltagarna intervjuades vid 2 tillfällen, 3 dagar och 30 dagar efter operationen. 50 kvinnor och 50 män deltog.

Antal ref: 35

Publ år: 1988

Land: USA

Titel: A Longitudinal Study of the Adjustment of Patients and Husbands to Breast Cancer

Författare: Northouse L

Tidskrift: Oncology Nursing Forum

Syfte: Att jämföra kvinnornas och deras mäns psykosociala anpassning till bröstcancer.

Metod: Deskriptiv studie där deltagarna intervjuades vid 3 tillfällen. 43 kvinnor och 41 män deltog.

Antal ref: 21

Publ år: 1989

Land: USA

Titel: The information concerns of spouses of women with breast cancer: patients' and spouses' perspectives

Författare: Rees CE, Bath PA, Lloyd-Williams M

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

Syfte: Att kartlägga väsentlig information som berör männen till kvinnor med bröstcancer, både ur männens och ur kvinnans perspektiv

Metod: Kvalitativ studie. Fokusgruppsintervjuer där 9 män till kvinnor med bröstcancer deltog.

Antal ref: 56

Publ år: 1998

Land: England

Titel: Exploring the Information Flow: Partners of Women With Breast Cancer, Patients, and Healthcare Professionals

Författare: Rees CE, Bath PA

Tidskrift: Oncology Nursing Forum

Syfte: Att utforska informationsflödet mellan männen till kvinnor med bröstcancer och patienten samt mellan männen och vårdpersonalen

Metod: Deskriptiv enkätstudie där 109 män till kvinnor med bröstcancer deltog.

Antal ref: 44

Publ år: 2000

Land: England

Titel: Unmet needs in information flow between breastcancer patients, their spouses, and physicians

Författare: Salminen E, Vire J, Poussa T, Knif Sund S

Tidskrift: Supportive Care in Cancer

Syfte: Att kartlägga behoven samt källorna för information om bröstcancer hos männen samt hos kvinnorna (patienterna).

Metod: Kvantitativ och deskriptiv enkätstudie där 72 män till kvinnor med bröstcancer och 96 kvinnor med bröstcancer deltog, man har jämfört mellan onkologen och en rehabiliteringsenhet.

Antal ref: 18

Publ år: 2003

Land: Finland

Titel: Breast cancer: reaction of Israeli men to their wives' diagnosis

Författare: Woloski-Wruble A, Kadmon I

Tidskrift: European Journal of Oncology Nursing

Syfte: Att beskriva reaktionerna hos Israeliska män till kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer och vilken information de har fått från vårdpersonalen.

Metod: Deskriptiv enkätstudie där 20 män från Israel till kvinnor med bröstcancer deltog

Antal ref: 19

Publ år: 2002

Land: Israel
