

Men, män har också bröst!

En litteraturstudie om upplevelserna hos
män som drabbats av bröstcancer.

FÖRFATTARE	Kristina Jonsson Ida Karlsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 hp/ Examensarbete i omvårdnad/ OM5250 HT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Britt Borg
EXAMINATOR	Elisabeth Kenne Sarenmalm

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Men, män har också bröst! - <i>En litteraturstudie om upplevelserna hos män som drabbats av bröstcancer.</i>
Titel (engelsk):	But, men too have breasts! – <i>A literature review of the experiences of men with breast cancer.</i>
Arbetets art:	Självständigt arbete.
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad/ OM5250.
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng.
Sidantal:	18 sidor.
Författare:	Kristina Jonsson. Ida Karlsson.
Handledare:	Britt Borg.
Examinator:	Elisabeth Kenne Sarenmalm.

SAMMANFATTNING

Stora insamlingar görs årligen till bröstcancerforskning. En grupp som oftast förbises i dessa sammanhang är män som drabbas av bröstcancer, de utgör endast ca 1 % av all incidens, men förtjänar likväl uppmärksamhet och god omvårdnad. Medias uppmärksamhet och vårdpersonals kunskap om bröstcancer baseras nästintill uteslutande på kvinnlig bröstcancer. Syftet är att beskriva upplevelsen av bröstcancer bland män och bidra till synliggörandet av denna patientgrupp, vilket kan minska onödigt vårdlidande och stärka vårdande relationer mellan patient och sjuksköterska. Formerna är en litteraturstudie, där vetenskapliga artiklar granskats. Artiklarna är sex stycken till antalet och har framtagits ur databaserna Cinahl, Pubmed och Scopus. Som analysmodell för litteraturstudien användes ”Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning”. Granskningen har bestått i att villkor och upplevelser för bröstcancersjuka män har identifierats och tematiserats. Tre teman och subteman utkristalliserades: Information (subteman: Om sjukdomen, Om behandlingen, Könsspecifikt), Kroppsliga och psykologiska förändringar (subteman: Sexuell funktion, Utseende, Självbild) och Stöd (subteman: Personal, Närstående, Stödgrupper). Resultatet visar att männen framförallt upplever brister i tillgänglig information, både från vårdpersonal och i tryckt form. Stöd och samtal sökte de huvudsakligen hos sina makar/partners, intresse för att delta i stödgrupper var svalt. En av de största konsekvenserna av sjukdom och behandling var en förändrad självbild, dels pga. ärr efter kirurgi, dels pga. genomgångna psykologiska förändringar. Situationen för männen med bröstcancer har diskuterats i relation till omvårdnadsteoretikerna Eriksson och Kasén, samt genusteoretikerna Ekman och Johansson. Det finns ett flertal saker vårdpersonal behöver förbättra i mötet med bröstcancerdrabbade män för att undvika att orsaka vårdlidande och ökad isolering för en grupp som tillhör en minoritet.

Keywords: breast neoplasms, gender, male, support, identity.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Bröstcancer hos män	
<i>Incidens</i>	1
<i>Patologi, etiologi</i>	1
<i>Symptom och tecken</i>	2
<i>Behandling</i>	2
Mannen och manligheten	2
Vårdperspektiv	4
Problemformulering	5
SYFTE	5
METOD	6
RESULTAT	8
INFORMATION	8
Om sjukdomen	8
Om behandlingen	8
Könsspecifikt	8
KROPPSLIGA OCH PSYKOLOGISKA FÖRÄNDRINGAR	9
Sexuell funktion	9
Utseende	9
Självbild	10
STÖD	10
Personal	10
Närstående	11
Stödgrupper	11
DISKUSSION	12
METODDISKUSSION	12
RESULTATDISKUSSION	13
Konklusion	16
REFERENSER	17
BILAGA 1	

INTRODUKTION

INLEDNING

Sedan ett par år tillbaka har oktober månad varit synonymt med insamlingar till förmån för bröstcancerforskning. Butiker fylls med rosa varor, det säljs rosa band och hålls TV-galor. Allt detta är gott och väl men det finns också en baksida. Mitt i uppmärksammandet av en allvarlig sjukdom finns en grupp som hittills varit nästintill osynlig, nämligen män som drabbats av bröstcancer. De är inte många men de är likväl en existerande grupp som också bör inkluderas och uppmärksammas. En undran väcktes hos oss att undersöka hur upplevelserna ser ut hos denna grupp individer.

BAKGRUND

Bröstcancer hos män

Incidens

I dagsläget står den manliga bröstcancern för ca 1 % av all bröstcancer. Siffran är konstant i Europa och Nordamerika (Finland undantaget, där fallen är ännu färre), men högre i delar av Asien och Afrika (t.ex. Kina: 5 % och Egypten: 6.4 %) (1). Varje år diagnostiseras ca 40 män med sjukdomen i Sverige, i USA ca 450 och i Storbritannien ca 300. Bröstcancer hos män dokumenterades första gången på 3000-talet f. Kr, fick sin första kliniska beskrivning av kirurgen John av Arderne på 1300-talet, men var inte föremål för en systematisk studie förrän på 1920-talet (1).

Patologi, etiologi

Den vanligaste formen av manlig bröstcancer är invasivt duktalt carcinom (76,5 % av fallen), som utgår från det cellager som klär insidan av bröstkörtelgången och ofta riskerar att sprida sig via lymfsystemet (2). Risken att drabbas ökar exponentiellt med åldern, den planar ut efter 80-årsåldern, med en medelålder på 63.4 år (jämfört med 58.2 år hos kvinnor) (2). Den yngsta diagnostiserade patienten var endast 5 år gammal, den äldsta 93 år (1). Särskilda riskgrupper som utpekats är män med Klinefelters syndrom (en kromosomrubning som bl.a. kan leda till sterilitet), män med testikulära avvikelser (t ex testikelatrofi), samt män som är bärare av genen BRCA2 (som uppges ha förekommit i upp till 40 % av fallen) (3).

Till skillnad från det kvinnliga bröstet är det manliga bröstet outvecklat och saknar specifik funktion. Att sjukdomar drabbar det är ovanligt, men kan få mycket allvarliga konsekvenser. Pga. dess mindre omfattning och knappheten i bröstvävnad uppstår tidigt fixering av tumören mot bröstväggen eller huden, vilket möjliggör snabb lokal spridning, engagemang av lymfa och metastaser till andra organ (3).

Maligna tumörer är, som ovan nämnts, ovanliga i bröstet hos män. Gynekomasti (förstorade bröstkörtlar), fibroadenom (godartade tumörer i bindväven) och adenom (körtelsvulster) förekommer relativt ofta hos män, men är i majoriteten av fallen inte cancer (1). Gynekomasti förekommer naturligt i 13-17-årsåldern, samt i 50-70-årsåldern, ett tillstånd som ofta försvinner av sig själv och skiljer sig från manlig bröstcancer genom att det presenteras bilateralt och ofta ömmer (1, 3).

Symptom och tecken

De vanligaste symptomen och tecknen förknippade med bröstcancer hos män är: en icke-ömmande, fast knöl eller massa under vårtgården, vars kanter är oregelbundna; indragen bröstvårta, avgång från bröstvårtan, ofta blodtillblandad; ödem, sårbildning. Symptomen är i majoriteten av fallen unilaterala (1-3).

Precis som hos kvinnor finns ett samband mellan symptomduration och tumörstorlek. Generellt sker tumörtillväxten långsammare hos män än hos kvinnor. Durationen är därmed oftast längre hos mannen, vanligen 6 månader till 2 år. Hos båda könen förekommer cancer oftare i vänster bröst (förhållande 1.07:1), men endast 1,4 % av män med bröstcancer får bilaterala tumörer jämfört med 10 % av kvinnor med bröstcancer (1).

Behandling

Eftersom den andelen drabbade är så liten, är en dubbelblindad randomiserad studie som utvärderar behandlingsmetoder praktiskt taget omöjlig. Av tradition har behandlingsalternativen varit samma vid bröstcancer hos män som hos kvinnor med bröstcancer. Den absolut vanligaste behandlingsformen (4 av 5) är radikal mastektomi, dvs. kirurgiskt borttagande av bröstet och kringliggande vävnad, ofta med dissekering av axillen (1, 3). I de fall kirurgi inte används som primär behandling beror detta oftast på alltför utbredd sjukdom. Bröstcancer hos män drabbar som sagt närliggande strukturer, som inte utgörs av bröstvävnad, snabbare än hos kvinnor. Det är därför mycket viktigt att den underliggande pectorala muskeln och överliggande huden tas bort för att försäkra att resektionen har tillräckliga marginaler (1). Den centrala placeringen hos män ökar också risken för bröstkörtelmetastaser. Pga. tidigt engagemang i de axillära noderna, epidermieten och muskelns bindväv innebär ingreppet ofta stor blodförlust och kräver omfattande hudtransplantation efteråt (2).

Återfall behandlas i första hand med kirurgi eller isolerad radioterapi. Vid risk för spridd sjukdom var den första åtgärden fram till 90-talet att utföra orkidektomi, dvs. kirurgiskt borttagande av en eller båda testiklarna (1, 3). Idag används främst hormonterapi, eftersom den manliga bröstcancern är känslig för hormonella förändringar och många patienter är i en ålder som gör att dem till olämpliga kandidater för t ex kemoterapi. Behandling med antiöstroger (t.ex. tamoxifen) har visat sig ge jämförbara resultat med orkidektomi (2). Som adjuvant behandling tolereras den av de flesta patienter, framför allt eftersom många tycker det är att föredra framför orkidektomi. Dock har tamoxifenbehandling fler biverkningar för män än för kvinnor, de främsta är sänkt könsdrift, värmevallningar, viktuppgång och lätt förhöjd risk för allvarliga komplikationer som t.ex. djup ventrombos (3).

Mannen och manligheten

Det har blivit alltmer tillåtet för män att på olika sätt göra sina kroppar mer estetiskt tilltalande och att uppvisa ett beteende som kan kallas ”mjukt”, men trots detta råder starka tabun som styr gränser mellan manligt och kvinnligt. Om någon överskrider dessa gränser riskerar han att betraktas som homosexuell eller feminin, med andra ord underordnad andra män (4).

Med begreppet manlighet följer ofta begreppet "hegemoni", dvs. ledarskap/att vara i ledande ställning. Den hegemoniska manligheten representerar den bild av det manliga som på olika sätt genomsyrar erfarenhetssfären och självbilden hos många män. I hegemonisk manlighet ingår kroppslig disciplinering, vilken delvis tjänar till att förhindra att en mer sensitiv manlighet får möjlighet att framväxa. Mäns vilja till makt och kontroll socialiseras in via de samhällseliga institutionerna, men är hela tiden beroende av en yttre bekräftelse, en slags narcissism (4).

Mannen avbildas i media och populärkultur ofta som tyst och begränsande. Att genomgå denna tystnad och tåga sig igenom olika former av lidande ses ofta som ett nödvändigt ont, som ett försteg till att återupprätta det manliga. Det saknas idag till stor del gemensamma försök att arbeta fram strategier för hur man skall kunna genomföra och formulera en ny manlighet, detta betyder dock inte att män saknar viljan till förändring (4). Diskussionen om manligheten skulle bli mer intressant och givande om man istället fokuserade på olikheter mellan individer av samma kön. Kanske måste man först se "mansskogen" för att sedan klara av att urskilja enskilda "mansträd" (5).

För att passa in i det s.k. "manssamhället" får många män lära sig att man inte bör gråta offentligt, att dölja sina svagheter för andra människor och att upprätta en fasad. Denna "manliga fostran" har blivit alltmer dysfunktionell: det blir mycket svårt att utvecklas och vara flexibel inom arbets- och privatlivet om man skall följa den "manliga fostrans" normer. Den tysta och kontrollerade mannen kanske inte längre är önskvärd. Johansson (4) menar att "*män är inte tysta, de blir tysta*" (4, s. 132), dvs. att de tystnar i sammanhang där de inte behärskar det språkliga spelet. Genom socialisering tillgodogör sig de flesta män ett maktspråk som de utan problem behärskar, men detta redskap är alltför trubbigt för att tillfredsställande kunna tala om t.ex. känslor eller intima frågor (4).

Idag skördar vi på gott och ont frukterna av en lång tids ökande sexualisering av kroppen, där båda könen exponeras som könsobjekt. Kroppsdelar som fått särskilt fokus är bröst, mage och stuss. Hårda krav råder på dessa kroppsdelar, de skall vara perfekt formade, hårda och estetiskt tilltalande. Denna sexualisering av enskilda kroppsdelar hindrar en process där alternativa könsroller kan möjliggöras. Vi är fortfarande vana vid tanken på polariserade könskategorier; människans behov av trygghet och säkerhet leder till att man hellre imiterar det som varit än att välkomna radikala förändringar (4).

Enligt Ekman (5) kan manlighet beskrivas från tre håll:

1: "*Hur män verkligen är*" (5, s. 56). Objektivast möjliga beskrivning av manliga karaktäristika. Beteendemönster, attityder, förutsättningar.

2: "*Hur människor tycker att män är*" (5, s. 56). Stereotypen av det manliga speglar den allmänna uppfattningen om vad de flesta tycker är kännetecknande för maskulinitet.

3: "*Hur människor tycker att män borde vara*" (5, s. 56). Mängdens uppfattningar om vad maskulinitet är eller bör innehålla.

Männens sexualitet karaktäriseras i stor utsträckning av prestation, det förväntas att han skall "leverera". Detta kan leda till sexuell ångest och oro för sin egen potens, för att samlaget skall betraktas som "dåligt" eller oro för att könsorganet inte "duger". Detta förstärks i viss mån av att mannen förväntas definiera sexuella relationer just i form av

penetrerande samlag (5). Som exempel på det kan nämnas Nationalencyklopedin (6), som definierar sexualitet som följer:

”Sexualitetens centrala manifestation är samlaget, men många andra beteenden har också sexuell innebörd” (6, å 2010-09-28).

Den manliga identiteten skiljer sig också avsevärt åt beroende på mannens ålder, en man som är i 75-årsåldern har tillägnat sig identitet utifrån sina erfarenheter livet igenom och också utifrån sin biologiska ålder. Under tonåren är ”traditionell manlighet” en viktig strategi och legitimering i sökandet efter identiteten. I 25-årsåldern börjar fokus ofta flyttas till familjebildande och de ”maskulina” egenskaper som hör samman med detta, t ex förmåga till familjeförsörjning. Under ”familjeåren” tonas ofta delar av den maskulina aspekten på könstillhörighet ned i och med föräldraskapet och dess uppgifter. När barnen lämnat boet och mannen åter kan fokusera på sig själv i större utsträckning finns mer utrymme för intressen men samtidigt nya krav: t.ex. fortsatt prestation på arbetsplatsen för att inte bortrationaliseras och/eller för att hålla takten med de yngre kollegorna. I pensionsåldern kan maskuliniteten åter tonas ned till fördel för annat, man har kanske ett nära parförhållande och barnbarn, vilket tillåter mannen att ägna sig åt ”mjuka”, ”kvinnliga” sysslor, t.ex. barnpassning och matlagning. Maskulinitet kan alltså kanske inte ses som något statiskt som en gång för alla indoktrinerats till individen, utan är något som genomgår förändringar med olika faser i livet och faller ut på olika sätt beroende på situationen (5).

Vårdperspektiv

Den vårdande relationen

Den vårdande relationen kännetecknas av att patienten känner sig sedd, värdefull och uppmärksam. Patienten skall få vårdas som en helhet där han får vara medelpunkten. Vårdaren skall vårda med hjärtat där man är aktiv och inbjudande till deltagande. Då en omedelbar kontakt skapas kan en vårdrelation växa till en vårdande relation. Patienterna upplever att vårdrelationen är som vilken relation som helst då vissa människor trivs bättre ihop än andra. Likheter hos patienten och vårdaren kan vara en avgörande faktor för den framtida relationen då känslan av samhörighet kan vara betydelsefull för att skapa en vårdande relation. För att kunna lindra patientens lidande kan inte en vårdande relation vara fullständigt ömsesidig (7).

Kasén (7) menar även att den vårdande relationen är ett asymmetriskt förhållande där patienten är en lidande människa som vill ha sitt lidande lindrat och vårdaren skall vårda och svara för att bjuda in till en vårdande relation. Detta genom att vårdaren tar på sig ansvaret redan vid patientens ankomst för att värna om hans värdighet och lindra hans lidande. Genom att vårdaren bjuder in patienten till en vårdande relation kan genvägen bli patientens tillit och förtroende (7).

Vid frånvaro av vårdrelationen blir patienten ensam i sin smärta, oro och rädsla. Patienten är även ensam i sina tankar och i sin väntan på information och vårdåtgärder då vårdaren blir osynlig. Enligt Kasén (7) framträder detta via att relationen till vårdarna ter sig ytliga och vårdarna blir mer som en grupp än enskilda vårdare. I en icke-vårdande relation känner sig patienten som ett objekt där vårdaren enbart utför sin

uppgift och varken ser honom, lyssnar på honom eller tar honom på allvar. Detta kan ske redan i ankomstsituationen där patienten upplever sig få för lite information om både sjukhusrutiner samt sin sjukdom. Patienten kan här känna sig förödmjukad eller känna skuld för att han inte klarar av att följa vådrutiner eller de vårdföreskrifter som råder. Vårdaren ser inte patientens kunskapsbehov eller förringar patientens kunskap där han inte blir trodd (7).

Enligt patienterna är ankomstsituationen särskilt betydelsefull för skapandet av den vårdande relationen. Genom ett riktigt välkomnande till avdelningen kan vårdaren ge ett löfte om personlig kontakt och samhörighet som kan antas utgöra grunden till den vårdande relationen. Patienten kan här känna sig tillåten att få vara patient i både abstrakt och konkret mening. En annan viktig faktor är att vårdaren utgår från sin professionella kunskap då vårdarens kompetens har betydelse för förståelsen av patientens upplevelse. Vårdarens kompetens beskrivs även som professionell kunskap samt tekniskt kunnande (7).

Lidande

Lidandet är något ont som ofredar människan (8). Det är någonting som plågar eller besvärar. Att lida är också att behöva kämpa och att utstå. Enligt Eriksson (8) är lidandet en kamp mellan det goda och det onda. Det är en kamp mellan lidandet och lusten. Människan utsätts ofta för skam, skuld och förnedring inom vården. Det kan handla om olika händelser vid sjukdom och behandling där patienten kan känna sig misslyckad och inte orkar medverka i behandlingen. Hela omgivningen kan ge en känsla av skam och förnedring där patienten tvingas söka sig fram till information, vänta, fråga osv (8).

Eriksson (8) belyser ordet vårdlidande som en följd av ensamhet, bekymmer, osäkerhet, rädsla och väntan. Kränkning av patientens värdighet utgör den vanligaste formen av vårdlidande. Utebliven vård kan bero på bristande förmåga att se och bedöma vad patienten egentligen behöver. All utebliven vård innebär alltid en kränkning av patientens värdighet och är även ett sätt att utöva makt (8).

PROBLEMFÖRMULERING

I bakgrundslitteraturen framstår mannen som komplex, med höga förväntningar på sig från samhället och familjen. Att drabbas av en sjukdom som har en starkt feminin koppling kan antas innebära utmaningar både för självkänslan och för upplevelsen av den egna manligheten. Vi vill undersöka hur detta påverkar mannens syn på sig själv. Dessutom vill vi utforska hur vi som vårdpersonal kan bidra till minskat vårdlidande och goda vårdande möten i denna prekära situation.

SYFTE

Syftet är att beskriva upplevelsen av bröstcancer bland män och bidra till synliggörandet av denna patientgrupp, vilket kan minska onödigt vårdlidande och stärka vårdande relationer mellan patient och sjuksköterska.

METOD

MODELL

Vi har använt litteraturstudie som modell för arbetet, dels därför att det generellt är en överskådlig och användbar modell, dels därför att dess kartläggande natur passar vårt syfte, att belysa en osynlig grupp där få studier bedrivits. Som stöd har vi använt modellen ”Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning” (9).

PROCEDUR

Artikelsökningen inleddes med en MeSH-sökning (10) på bröstcancer för att få fram en korrekt term, som visade sig vara ”breast neoplasms”. Denna term kombinerade vi med ”male” dvs. manlig/gällande män i sökningarna. De databaser vi använde oss av var PubMed, Cinahl och Scopus (Tabell 1). De sökord som använts var: *breast neoplasms, male gender, male, men, support, experience, patient experience, identity*. Antalet sökord kan tyckas vara få, men gensvaret till dessa sökord var förvånansvärt bra. En viss gruppering av sökord kunde ibland generera tre eller flera artiklar som precis svarade mot vår frågeställning. Vid sökning kontrollerades först titeln på artikeln, utifrån vilket ett stort antal artiklar kunde uteslutas. Utifrån artiklarnas abstracts kunde vi sedan sluta oss till om de passade vår frågeställning eller inte och därefter lästes artiklarna i fulltextversion.

URVAL

Efter en tids sökning ansåg vi att informationsmättnad uppnåts. De artiklar som sedan granskades befanns vara alltför lika de vi redan beslutat använda eller hade alltför biomedicinskt anslag.

Inklusionskriterier inbegrep att artiklarna skulle beröra män, männen var tillfrågade i egenskap av patienter (dvs. ej anhöriga eller vårdare), och att de företrädesvis var inriktade på upplevelsen av sjukdomen, dvs. med kvalitativ ansats. Dessutom krävde vi av artiklarna att de var ”peer reviewed” (granskade av sakkunniga) och s.k. ”research articles” (forskningsartiklar). Vi satte inledningsvis inga språkbegränsningar, men i sökningens resultat framkom framför allt artiklar skrivna på engelska eller franska och då vi inte behärskar franska valde vi därför att sätta begränsning till det engelska språket.

Exklusionskriterier inbegrep artiklar om kvinnor, artiklar med alltför biomedicinsk/statistisk inriktning, artiklar på språk vi inte behärskar, samt artiklar baserade på fallstudier (dvs. en enda patient). Hade vår frågeställning handlat om något som berörde fler patienter hade exklusionskriterierna även inbegripit att studierna måste ha ett visst antal deltagare men antalet deltagare i samtliga funna studier var genomgående lågt, detta pga. sjukdomens sällsynthet. Antalet artiklar som motsvarade syftet var inte alltför många, därför har vi valt att inte göra några exklusionskriterier gällande ålder på artiklarna, men de har ändå hamnat i ungefär samma tidsspann.

Tabell 1. Sökresultat.

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Valda artiklar	Referensnummer
Cinahl	"Breast neoplasms", men, support	Peer reviewed, Research article, English	38	1	14
Cinahl	"Breast neoplasms", men, identity	Peer reviewed, Research article, Nursing, English	75	1	13
PubMed	"Breast neoplasms, Male"[mh] gender	English	27	2	11, 16
PubMed	"Breast neoplasms", male, patient experience, nurse	English	16	0	-
PubMed	"Breast neoplasms, Male [MAJR]" AND support AND experience	English, Humans, Male	7	1	15
Scopus	"Breast neoplasms", male	Nursing, English	20	1	12

DATAANALYS

Friberg (9) beskriver en analysgång som kan sammanfattas enligt följande: välj företeelse, sök artiklar, granska deras kvalitet, analysera dem (läs flera ggr, identifiera nyckelfynd, sammanställ, relatera resultat artiklar emellan, formulera nya teman).

Vi bestämde oss för att undersöka situationen för män med bröstcancer. En systematisk artikelsökning utfördes. Artiklarna lästes grundligt, kvalitetgranskades, analyserades och sammanfattades skriftligen. Vi kom därefter fram till att vi båda hade urskilt samma företeelser i de olika texterna. Dessa iakttagelser resulterade i tre teman med vardera tre subteman (alla subteman förekom dock inte i samtliga texter). Därefter strukturerades innehållet i artiklarna upp enligt dessa teman och subteman. Utifrån dessa teman och subteman kunde vi sedan formulera en beskrivning om hur män med bröstcancer upplevt sjukdomen.

RESULTAT

INFORMATION

Om sjukdomen

Enligt Brain et. al. (11) hänger den allmänna bristen på kännedom och information om sjukdomen samman med oro kring maskuliniteten, en rädsla för stigmatisering och upplevelse av isolering. Endast ett fåtal av männen hade någon gång hört talas om att män kunde drabbas av bröstcancer innan de själva fick diagnosen. Alla uppgav att de blev mycket förvånade över diagnosen och kunde inte tro att just de hade drabbats av bröstcancer (11). De upplevde att kvinnlig bröstcancer uppfattades som ett vanligt problem där en allmän medvetenhet har spridits ut via både allmänheten och media (12). Då informationen om sjukdomen hos män var bristfällig resulterade det i att många av männen levde med felaktiga föreställningar om vad sjukdomen innebar (13).

Om behandlingen

Genomgående tyckte männen att det brast i den medicinska informationen om vilka behandlingar som rekommenderas för manlig bröstcancer och över huvud taget vad de hade att vänta. De uttryckte att de hade en vilja att veta hur behandlingen gick till samt vilka bieffekter som fanns (11, 12, 14).

Information erbjöds framförallt verbalt till patienterna, därefter via broschyrer och häften, några sökte själva information på Internet. Den mest efterfrågade informationen var bilder på en man efter genomgången mastektomi, därefter information om biverkningar av behandlingen, så att männen skulle kunna anpassa sina förväntningar bättre (14).

Behandling och copingstrategier baseras i dagsläget på information man uppnått genom behandling av kvinnor med bröstcancer (11). Det hade även varit relevant för männen att veta att tamoxifenbehandlingen medför biverkningar i form av värmevallningar, sänkt sexlust och erektil dysfunktion. Biverkningarna gjorde att flera av deltagarna upplevde att deras manlighet blev komprometterad. Flera av deltagarna uppgav att de inte fått tillräcklig information om att behandlingen kunde innebära sexuell dysfunktion, eller hur stor den psykologiska påfrestningen kunde bli av en förändrad kroppsuppfattning (13).

Könsspecifik information

Bland maligniteter är kvinnlig bröstcancer den mest utforskade vad gäller den psykologiska profilen, med frekventa rapporter om ökad känslomässig påfrestning, sänkt livskvalitet och bestående affektiva besvär. Liknande forskning och/eller litteratur gällande psykologisk påfrestning vid manlig bröstcancer är knapphändig, om den alls står att finna (13). Som en följd av detta hörde bristen på könsspecifik information samman med specifika stressorer för männen med bröstcancer (11).

Många patienter var besvikna på frånvaron av bröstcancerinformation som var relevant för män. Litteraturen de hade fått täckte ämnen som var specifika för kvinnor och mycket av den skriftliga informationen inte var ändamålsenlig, då den behandlade ämnen som menstruationspåverkan, bröstrekonstruktion och BH-proteser (14).

Önskemål och krav från patienterna själva gällande tryckt information var olika starka. Några patienter ville ha skriftligt material framtaget endast för män, andra hade nöjt sig med att omfattas i de befintliga informationskällorna (12). Information om vad själva behandlingen innebar för män med bröstcancer efterfrågades också starkt, t.ex. biverkningarna av ev. tamoxifenbehandling i form av minskad sexlust (15).

Bland det allra mest efterfrågade var information kring mastektomin. Liksom männen ansåg sjuksköterskan att det skulle finnas bilder på manliga mastektomier tillgängligt, då männen förevisades bilder av kvinnliga mastektomier i samband med ingreppet. Männen ansåg att om de haft en bild på en manlig mastektomi hade det varit lättare att förstå själv och att förklara för andra hur det kommer att se ut efter operationen (15).

Många patienter vände sig till Internet för att komplettera den information man fått genom sjukvården. Dock upplevde de att även den information som var tillgänglig på nätet brast då de enbart fann information om bröstcancer hos kvinnor. De uppgav att de inte hade hittat någon information som hade varit till nytta för dem i deras sjukdom (12).

KROPPSLIGA OCH PSYKOLOGISKA FÖRÄNDRINGAR

Sexuell funktion

Williams et. al. (15) rapporterar att man hade behövt informera mer om hormonbehandlingens bieffekter i form av utebliven sexlust, men diskuterar inte vidare hur patienterna uppfattade denna uteblivna libido.

Några patienter rapporterade att diagnosen i sig och mastektomi-ärret påverkade hur andra värderade deras maskulinitet och i viss mån också deras sexuella läggning. Borttagandet av bröstet utgjorde en stor förändring i kroppsbilden och som en konsekvens också hur de upplevde sin sexualitet. Trots tillhandahållna läkemedel mot erektil dysfunktion uppgav många att deras sexliv blivit ytterst lidande och att det var svårt rent känslomässigt att genomföra samlag (13).

Utseende

Den kvarstående påminnelsen om sjukdomen, ärret efter mastektomin, uppfattades olika bland deltagarna. Många av männen var eniga och tyckte att överkroppen var det som reflekterade deras manlighet. En del upplevde att ärret hindrade dem från att känna sig manliga och/eller självsäkra, några uttryckte negativa känslor inför att blotta överkroppen offentligt efter mastektomin. De flesta av männen upplevde dock inte att deras kroppsuppfattning hade påverkats negativt efter ingreppet, några uttryckte att de var stolta över ärret då de såg de som en milstolpe i deras liv. Andra tyckte att ärret helt enkelt var oklädsamt (12). En man hade slutat simma och en annan man tog inte av sig tröjan på stranden på grund av ärret då de var oroad över sitt utseende (15).

Enligt Brain et. al. (11) motsvarade den förändrade kroppsuppfattningen signifikant högre nivå av oro, depressiva symptom och cancerspecifik oro. Några deltagare i en studie (14) uppgav att folk i deras omgivning försökte muntra upp dem med kommentarer om att mastektomi-ärret gjorde att de såg tuffa ut, men att det nästan gjorde saken värre, eftersom de upplevde det som så misspydande.

Självbild

Många av männen befarade bekymmer från andra eller en reaktion som skulle minska deras manlighet. Några patienter berättade till exempel att de manliga kollegorna och vännerna hade skrattat åt dem vid avslöjandet. Några yngre män som fick cellgiftsbehandling upplevde en spänning i rollerna då de oroade sig för deras förmåga att förse sina familjer med vad de behövde och att de skulle uppfattas som svaga, både mentalt och fysiskt, och att de behövde vara beroende av andra (16).

Många av männen upplevde en känsla av isolering pga. en ovanlig malignitet. Man stod inte bara inför en potentiellt livshotande sjukdom, utan hyste också rädsla att drabbas av negativa sociala stereotyper, uttryckte männen det som. De yngre deltagarna oroade sig över att de skulle uppfattas som svaga, både mentalt och fysiskt; men rapporterade också att samtidigt som bröstcancern varit mycket svår att uthärda hade deras liv förbättrats i stort. Dessa män talade om nya insikter, nya åsikter och förändrade prioriteringar i livet (12).

Att utveckla en feminiserad sjukdom i en maskulin kropp utgjorde stora bekymmer för deltagarna. Motsatsförhållandet mellan den "kvinnliga" sjukdomen och en manlig kropp försvårade för männen att kroppsligen och konceptuellt anknyta till sjukdomen. Några av deltagarna uttryckte (felaktigt) att de trodde att de fått bröstcancer genom att bli symboliskt besmittade med femininitet, kanske genom en defekt genetisk byggsten. Men på frågan om de upplevde sig försvagade i sin manlighet svarade männen genomgående nej. De uppgav att de inte förlorat sin manlighet, utan genom att ha tvingats försvara den snarare förstärkt och förnyat sin maskulinitet (13).

Förändrad kroppsuppfattning verkade framförallt ha drabbat de yngre männen, medan de äldre männen snarare fick en ökad medvetenhet om sin egen dödlighet. En artikel belyste den psykologiska effekten av sjukdomen på en grupp män: resultatet varierade avsevärt, men kliniskt signifikant oro/ångest drabbade endast 1 % av deltagarna, medan 6 % upplevde depression. 23 % av deltagarna upplevde cancerspecifik oro/ångest i form av påträngande tankar (14).

STÖD

Personal

De yngre patienterna uppgav att de stött på problem när de sökte vård för sina symptom: täta besök hos läkaren gjorde att de tyckte att de uppfattades som hypokondriker, eller att de slösade bort läkarens tid (12). Sjuksköterskans insatser och råd var väldigt uppskattade, men sjuksköterskan var ofta det enda formella stöd patienterna upplevde att de fick (15). Många deltagare menade att sjukvårdspersonal, trots utmärkt klinisk vård, ofta var omedvetna om de specifika informations- och psykologiska behov männen hade (13).

Några av patienterna uppgav att de upplevt att sjukvårdspersonalen försökt dölja eller hålla isär dem från de kvinnliga patienterna på bröstcancerkliniken där de vårdades. Antagligen gjordes detta för att försöka säkra komforten för dessa kvinnor, men det skulle i så fall bli på bekostnad av männens välbefinnande. Patienter som upplevt detta uppgav att de kände sig utestängda från möjligheten till social integration och att de inte

kunde utnyttja möjligheten till stöd från andra patienter som möjliggörs vid besök på behandlingsenheter (13).

De flesta av patienterna genomlevde sjukdomen och behandlingen utan att söka professionell psykologisk hjälp. Som en följd av detta hade många av dem dålig eller rentav felaktig förståelse för sjukdomen, vilket i vissa fall kan ha lett till ökad psykologisk påfrestning och onödigt lidande (13).

Närstående

I forskningsmaterialet framkom att män som diagnostiserats med bröstcancer till absolut största delen endast förlitade sig på sina hustrur eller partners som källor till stöd (12, 15). Många av deltagarna beskrev inte så mycket sina egna känslomässiga funderingar, utan snarare en oro inför sin partner och dennes känslor, eller rädsla för att uppfattas som "gnälliga" av sin omgivning (12). Yngre patienter upplevde känslan av att behöva förlita sig på andra (vid t.ex. sjukskrivning eller immobilisering) som negativ (12). Somliga av deltagarna ville inte berätta för någon om sjukdomen för att man inte ville få sympati eller stigmatiseras, andra för att behålla självkontrollen, eller för att de var obekväma inför att diskutera det känsliga läget med andra (14).

De flesta av männen berättade inledningsvis för en enda person om sin sjukdom, sedan för nära familj och vänner (14). En del av deltagarna sökte dock skydd från sjukdomssituationen genom att dölja diagnosen och förändra sitt beteende för att undvika allmän kännedom. Enligt Donovan och Flynn (13) innebär detta tillsammans med en sämre förståelse för sjukdomen större risk för illabefinnande och psykologisk påfrestning. Dock fanns också män som inledde en självhävdande process, av somliga beskrivet som att "komma ut", genom att öppet avslöja diagnosen i sina sociala kretsar och i vissa fall t.o.m. valde att berätta om sina upplevelser i populärmedia (13).

Stödgrupper

Åsikter och deltagande om stödgrupper varierade de olika patientgrupperna emellan. Generellt sett var det en minoritet av patienterna som faktiskt deltog i stödgrupper, men det fanns också de som önskade att de haft möjlighet att prata med män i samma situation. De män som upplevde en psykologisk påfrestning av sjukdomen uttryckte i större grad önskan om formellt stöd för att få hjälp att ge röst åt sina funderingar (14). Andelen patienter som anmält intresse för eller deltagit i en stödgrupp låg mellan 19-30 % (11, 14). Behovet av stöd och samtal fanns hos många, även om man inte efterfrågade det just i form av en stödgrupp. De patienter som var intresserade av att delta i en stödgrupp verkade framför allt vara intresserade av att få information och kunskap om sin sjukdom och inte så mycket för möjligheten till känslomässigt utbyte (14). Sjukdomen medför mycket beslutsfattande och många patienter uttryckte att de hade velat ha råd och/eller stöd från män som behövt fatta samma beslut (12).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Modell

Vi har som ramverk använt Fribergs (9) modell ”Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning” och då framförallt metasyntestänkandet, dvs. att man sammanställer, analyserar och tolkar publicerade forskningsresultat. Detta görs dock inte genom att bara sammanfoga data utan genom att med delarna skapa en ny helhet (9).

Urvalsförfarande

Att MeSH:a termen ”breast neoplasms” istället för att söka på ”breast cancer” förbättrade sökresultatet då endast artiklar med vetenskapligt korrekta benämningar inkluderades.

Antalet artiklar som verkligen speglade syftet var inte många till antalet. Det fanns betydligt färre artiklar som kvalitativt behandlade upplevelser och erfarenheter än artiklar som behandlade t.ex. biomedicinska faktorer. Trots att vi ofta fick många sökträffar som inledningsvis såg relevanta ut var det få av dem som vid närmare påseende verkligen motsvarade vårt syfte.

Det framstod ganska snart i granskningsprocessen att en viss grupp författare stod för merparten av dessa artiklar, dvs. mycket av materialet som finns tillgängligt är producerat av samma forskarteam. Författarna Brain et. al. (11), Iredale et. al. (14) och Pituskin et. al. (12) figurerar mycket ofta i varandras referensförteckningar och har även utarbetat vissa artiklar ihop. Detta skapar särskilda förutsättningar för arbetet med dessa artiklar, då det i princip är samma grupp patienter som granskats i olika studier, även om de granskats med olika syften och det tillkommit andra medförfattare/forskare. Man måste t.ex. ta hänsyn till risk för jäv eller överdriven tilltro till tidigare uppgifter.

Genomgående för samtliga studier var ett lågt antal deltagare. I och med sjukdomens raritet var detta oundvikligt och vi har därför accepterat artiklar med färre antal deltagare än vad som kanske är kutym vid litteraturstudier. Detta försvårar dock när man vill försäkra sig om en studies reliabilitet, vilket är ett mått på tillförlitlighet, som här kan uttryckas i generaliserbarhet (17). Med andra ord, en sjukdom med fler drabbade hade ställt krav på större undersökningar för att säkerställa ett korrekt resultat, men här har författarna fått tillhandhålla med de patientgrupper som funnits tillgängliga över huvud taget.

Analys

Att analysera artiklarna enligt de teman/subteman vi valt ut fungerade mycket bra, då rubriceringen av och antalet teman kändes relevanta i förhållande till innehållet i artiklarna. I efterhand kan subtemat ”Sexuell funktion” ifrågasättas något, då det inte adresserades av majoriteten av artiklarna. Vi upplevde dock att det var en betydelsefull fråga, som behövde framhållas även om det blev i mindre skala än de andra subteman. För övrigt var det inte svårt att formulera teman/subteman och vi var genomgående överens om hur dessa skulle uttryckas.

Ofta erfor vi att artikelförfattarna inledde texterna med utläggningar och hypoteser om manlighet och det ev. hotet mot manligheten bröstcancer kan innebära. Detta speglades dock inte alltid proportionerligt i vad deltagarna själva uttryckte enligt datan. Tendensen kan uttryckas som om författarna kanske hade en missvisande förförståelse. I och med att det ofta var en och samma grupp forskare som arbetat med frågan finns risken att man pga. sin förförståelse riskerar att gå miste om andra viktiga företeelser som dyker upp. Trots en induktiv ansats med öppna frågor finns författarnas förförståelse om den sårade manligheten ofta med i artikelns ”medvetande”. Med andra ord korrelerar det manifesta och latent innehåll inte alltid.

Männen i patientgrupperna i samtliga artiklar är en mycket homogen grupp. De är samtliga bosatta i ett västerländskt, engelskspråkigt land där tillgången till offentlig sjukvård är god och jämförbar länderna emellan (USA, Kanada, Storbritannien). Resultatet blir alltså rättvisande enbart för denna grupp, det är troligen inte generaliserbart i världsdelar med signifikant annorlunda förhållanden. I västvärlden kan fynden säkerligen användas med stor tillförlitlighet (dock bör författarnas gemensamma förförståelse och samarbeten finnas i åtanke).

RESULTATDISKUSSION

Ekman's (5) indelning i de tre aspekterna på maskulinitet känns väl tillämpbara på vad som framkommit i materialet. Punkt ett, hur en man verkligen är, måste dock vara högst individuellt och variera från person till person, samt ytterst svårt att generalisera. Punkt två, hur människor tycker att mannen är, speglas i artikelförfattarnas (ofta utförliga) resonemang om manlighet, vilket sedan inte alltid återfunnits i patienternas egen utsago. Patienterna har ofta uppfattat sig som familjeförsörjare, vars uppgift det är att sörja för familjens välmående etc., viss sjukvårdspersonal har tyckt att manliga patienter, endast i egenskap av män, bör hållas åtskilda från kvinnliga patienter och så vidare. Bäst stämmer kanske den tredje punkten in på datan, hur människor tycker att mannen borde vara. Personer i patienternas omgivning försöker uppmuntra dem genom att underblåsa tecken på den hegemoniska manligheten, ”du ser tuff ut” (14), istället för att t.ex. fråga hur patienten själv uppfattar ärret och att låta denne uttrycka sorg över den förändrade kroppen. ”Mannens bröst är inte mottagligt för cancer” är kanske den starkaste uppfattningen av hur människor tycker att mannen borde vara, från den som skrattar när de mottar beskedet att en person de känner drabbats av bröstcancer, till de läkare som får patienterna att känna sig som hypokondriker (12). Hos läkarna kan denna inställning vara direkt farlig, eftersom tidig upptäckt av bröstcancer är viktigt för bra behandlingsresultat (3).

En intressant aspekt på den information som sammanställts är hur mycket fokus som ligger på mastektomi-ärret. Trots att patienterna drabbats av en potentiellt livshotande sjukdom, med risk för allvarliga bestående men efter genomgången behandling, var alltså oro inför det borttagna bröstet och det påföljande ärret en av de största källorna till oro och illabefinnande för dem. Grafisk information om ingreppets konsekvenser, dvs. en bild på en genomgången mastektomi hos en man, var det enskilt mest efterfrågade (15). Enligt Williams et. al. (15) var detta även en fråga som lyftes av behandlande sjuksköterskor. Att också sjukvårdspersonalen lägger fokus på det yttre, synliga, gör att

än mindre energi läggs på att undersöka hur patienterna mår rent psykiskt. Måhända att det är en form av coping att koncentrera sin tankeverksamhet på något konkret, som ett ärr, istället för att fundera över sin egen dödlighet, men eftersom fynd visar att undvikande coping var förknippat med större illabefinnande borde vårdpersonalen hjälpa patienterna att våga adressera även andra frågor.

En annan sida av att vilja veta mer om mastektomi-ärrret var att patienterna trodde att det skulle vara lättare att förklara för andra hur de skulle se ut efter operationen (15), eller helt enkelt visa dem fotografiet. Ett rimligt antagande är att en närstående som fått veta att patienten drabbats av cancer främst är intresserad av att denne skall överleva och finnas kvar i deras närhet. Hur patienten kommer att se ut utan kläder på överkroppen borde vara ett underordnat intresseområde. Men återigen, kanske är detta ett sätt att hantera det faktum att man drabbats av en allvarlig sjukdom, att hänga upp ett hopp om framtiden i form av ett fotografi på att andra drabbats och överlevt.

Frågan om sexuell funktion framstod som viktig vid genomgången av bakgrundsmaterialet, därför var det underligt att det endast adresserades explicit i två av artiklarna (13, 15) och inte särskilt utförligt. Sexualitet (i vilken tappning den än förekommer) är en betydande del av personligheten och något som har stor inverkan på människans liv. Av vilken anledning omtalas inte konsekvensen av sjukdomen angående sexualiteten i fler av studierna? Ett antal teorier till detta är tänkbara, t.ex. tidsbrist, upplevelsen av tabu att ställa frågor om människors sexliv, eller en fördom att sexualitet inte är lika viktigt när människan blir äldre. Kanske hade information framkommit om frågorna riktats åt det hållet, men vid undersökning med enkät eller öppet ställda frågor var det alltså inget som framkom spontant i stor skala. Kort sagt, bröstcancerbehandlingens påverkan på manliga patients sexualitet är ett ämne som säkerligen skulle kunna vara föremål för en egen studie.

Donovan och Flynn (13) framhäver att hormonbehandlingen och mastektomi-ärrret påverkat dels den egna sexualiteten, dels påverkat hur patienterna tror att andra skall uppfatta deras maskulinitet och t.o.m. sexuella läggning. Detta korrelerar väl med Johanssons (4) teori om att alla försök till gränsöverskridande av de tabun som styr gränserna mellan könen gör att mannen riskerar att uppfattas som feminin eller homosexuell. Den sexualiserade kroppen förhindrar att könsrollerna kan omarbetas till mindre radikalt åtskilda former: att cancern sitter i just bröstet verkar vara det som påverkar bemötandet och mottagandet hos de anhöriga och i viss mån hos sjukvårdspersonalen.

Ärrret påverkade den egna sexualiteten främst i form av en förändrad kroppsbild och en uppfattning att det var rent misspyrdande (15). Hormonbehandlingen utgjorde det kanske största "hotet mot manligheten" eftersom en biverkning av behandlingen bestod i försämrad förmåga till erektion och alltså svårighet att utöva sin sexualitet. Ekmans (5) resonemang bygger på teorier kring f.ö. friska och normalfungerande män, hur starka blir då inte upplevelsorna av sexuellt illabefinnande för män som inte kan utagera sin sexualitet som en följd av behandling för en livshotande sjukdom? Patienter uppgav att de tillhandahållits läkemedel mot erektil dysfunktion (13), men ingenstans i materialet står att de erbjudits hjälp för att hantera denna förändring i form av t.ex. samtal eller utvärdering av läkemedlet. När sexlusten sänkts och erektion endast kan ernås på kemisk väg blir sexualakten betydligt mer komplex och laddas med än fler betydelser,

t.ex. för vems skull man utför den om den ena har svårt med den rent känslomässigt? Detta är svåra frågor, som väcker många känslor och tankar, vilka kanske hade behövt ventileras med en inom ämnet kunnig person, t.ex. sjukvårdspersonal.

Många av männen berättade att de oroade sig för reaktionen när de skulle berätta om sin sjukdom, att deras manlighet skulle uppfattas som förminskad (14). Med risk för att drabbas av kränkande reaktioner vid ett avslöjande om ett känsligt sjukdomstillstånd, är det kanske inte så konstigt att män "blir tysta". Kanske saknas det hos många av de åhörande redskap att bemöta detta tillkännagivande av ett traumatiskt besked, som Johansson (4) menar? Med i beräkningen måste också tas att reaktionen helt enkelt kan vara en följd av chock vid avslöjandet och inte vara illa ment, men tolkas som mycket sårande av patienterna. De flesta av patienterna delade vetskapen om sjukdomen med få personer, framför allt med sina äkta hälfter/partners. Men även inför dessa personer, sina allra närmaste, oroade man sig för att framstå som "gnällig" eller t.o.m. över den andres känslor. De som inte berättade för någon gick så långt att de inledde beteendeförändringar för att slippa berätta om diagnosen – kontrasten är stor till de män som uppgav att de riktigt "kommit ut" med sin sjukdom och t.o.m. gått till media med sina historier (13). Det är kanske inte riktigt så enkelriktat som Johansson (4) uttrycker det, att män ofta per definition strävar efter att dölja sina svagheter eller att inte uttrycka känslor. Även om många av patienterna trots allt adapterat strategin med den i tysthet lidande mannen är det glädjande att se att det finns patienter som alltså avviker från denna norm och gör sina röster hörda.

Andra konsekvenser av sjukdom och behandling utgjorde också orosmoment, framför allt hos de yngre patienterna. Inte själva sjukdomen eller behandlingen i sig, utan det faktum att de pga. detta skulle uppfattas som svaga och behövande, både kroppsligt och fysiskt, upplevdes som jobbigt. Man oroade sig för att vara beroende av andra och att inte kunna försörja sina närstående, alltså inte för egen hälsa eller välbefinnandes skull. Medan tankar på utseende och försörjning framförallt verkade figurera hos de yngre patienterna, verkade fler patienter få en ökad medvetenhet om sin egen dödlighet (12).

Eftersom det är så tunnsått med studier om psykologisk inverkan av bröstcancer hos män är det svårt att veta hur man skall bemöta den okunskap och i vissa fall extrema polariseringen av könen, uttryckt i tankar i stil med "en man med bröstcancer kanske inte är en riktig man". Denna motsatsposition mellan det manliga och det kvinnliga bröstet förstärks också av Johansson (4) och Ekman (5), framför allt inom idéerna om den sexualiserade kroppen, där mannens och kvinnans bröst förväntas ha motsatta utseenden, funktioner och manifestationer och denna motsatsposition skapas till viss del av männen själva.

Enligt många av patienterna var maskuliniteten aldrig riktigt försvagad. Visst fanns oro och misstankar om andras uppfattningar, men patienterna uppgav ändå att de upplevde sin manlighet som förnyad och förstärkt (13). Kanske kan detta kopplas till Ekmans (5) teori om manlighetens föränderlighet med mannens ålder. Majoriteten av männen i studierna har som sagt uppnått en högre ålder och enligt Ekman (5) är detta en tid av omförhandling av maskuliniteten, där nya faktorer vägs in. En sådan attityd till den egna manligheten och dess uttryck tillåter att manligheten utmanas av t.ex. bröstcancer och ändå upplevs som beständig och stabil.

Trots utmärkt klinisk vård upplevde flera deltagare att sjukvårdspersonalen ofta var omedvetna om de specifika informations- och/eller psykologiska behov män hade (13). Omedvetenheten om sjukdomen hos personalen anser vi vara oerhört bristfällig och stödet från personalen var ytterst lite eller obefintligt. Det berättades inte om några vårdande relationer. Kasén (7) menar att den vårdande relationen kännetecknas av att patienten känner sig sedd, värdefull och uppmärksammad. För att den vårdande relationen över huvud taget skall existera anser Kasén (7) att vårdpersonalen skall finnas till och vara närvarande för patienten. Vid frånvaro av relationen blir patienten ensam i sin oro och rädsla och väntan på information och vårdåtgärder gör vårdaren osynlig (7). Hela situationen kring sjukhuset kan vara en stor omställning för patienten där denne kan uppleva en känsla av skam och skuld där de tvingas söka information, vänta, fråga osv (8).

Precis som Eriksson (8) menar beror ofta den uteblivna vården på att personalen har en bristande förmåga att se vad patienten egentligen behöver. Som vi nämnt i resultatet känner sig männen isolerade och utestängda från social integration med andra patienter antagligen som följd för att säkra komforten för de kvinnliga patienterna. Tanken att göra gott för en patient skall inte behöva vara på bekostnad av en annans välbefinnande.

Då vårdlidande är onödigt behöver vi sträva efter att eliminera detta. Förutsättningarna för att vi skall kunna lindra är att skapa en vårdkultur som gynnar patienten. Där skall patienten känna sig välkommen, respekterad och vårdad, då lindra lidande innebär att inte kränka individens värdighet och inte heller fördöma eller missbruka maktpositioner (8).

Konklusion

Sjukvårdspersonal verkar enligt vår mening ha mycket att lära om dessa situationer. Patienterna, som redan drabbats av en allvarlig sjukdom, berättade om upplevelser av att inte bli trodda, att hållas isär från kvinnliga medpatienter (detta försök till separering eller utsortering av männen inför behandling kan vara kränkande och t.o.m. skadligt, då många män med bröstcancer redan upplever en känsla av isolering), att inte ges tillräcklig information och att inte finna adekvat stöd. Det är svårt att tänka sig att detta bemötande är något som står att finna vid bemötande av kvinnliga bröstcancerpatienter. Att förstå de psykologiska behoven hos män med bröstcancer skulle möjliggöra för sjukvårdspersonal att förbättra vårdkvaliteten, samt att kunna identifiera de män som kan antas ligga i riskzonen för större psykologisk påfrestning.

REFERENSER

1. Buchanan Davidson DJ. Is breast cancer the same in men and women? *Cancer Nursing*. 1980;3(2):121-30.
2. Ying M, Agrawal A, Cheung K-L. The 'other half' of breast cancer: A review of male breast cancer. *Journal of Men's Health and Gender*. 2005 December 2005;2(4):406-13.
3. Fullerton J, Lantz J, Sadler Robins G. Breast cancer among men: Raising awareness for primary prevention. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*. 1997 May 1997;9(5):211-6.
4. Johansson T. *Det första könet? Mansforskning som reflexivt projekt*. 1 ed. Lund: Studentlitteratur; 2000.
5. Ekman D. *En mans bok. Om manlig identitet - teorier, ideal, verklighet*. 1 ed. Stockholm: Natur och kultur; 1995.
6. Nationalencyklopedin. Sexualitet. 2010 [updated 2010-09-28; cited 2010 2010-09-28]; Available from: <http://www.ne.se/sexualitet>.
7. Kasén A. *Den vårdande relationen*. 1 ed. Åbo: Åbo akademi förlag; 2002.
8. Eriksson K. *Den lidande människan*. 1 ed. Stockholm: Liber utbildning; 1994.
9. Friberg F, Lyckhage Dahlborg E, Segesten K, Östlundh L. *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. 1 ed. Lund: Studentlitteratur; 2006.
10. Karolinska Institutet. Svensk MeSH. Stockholm: Karolinska Institutet; [2010-09-03]; Available from: http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm.
11. Brain K, Williams B, Iredale R, France L, Gray J. Psychological distress in men with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2006 1/1 2006;24(1):95-101.
12. Pituskin E, Williams B, Au H-J, Martin-McDonald K. Experiences of men with breast cancer: A qualitative study. *Journal of Men's Health and Gender*. 2007 Mar 2007;4(1):44-51.
13. Donovan T, Flynn M. What makes a man a man? The lived experience of male breast cancer. *Cancer Nursing*. 2007;30(6):464-70.
14. Iredale R, Brain K, Williams B, France E, Gray J. The experiences of men with breast cancer in the United Kingdom. *European Journal of Cancer*. 2006 9/9 2005;42(3):334-41.

15. Williams BG, Iredale R, Brain K, France E, Barrett-Lee P, Gray J. Experiences of men with breast cancer: An exploratory focus group study. *British Journal of Cancer*. 2003 14/3 2003;89(10):1834-6.
16. Robinson JD, Metoyer KP, Bhayani N. Breast cancer in men: A need for psychological intervention. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2008;15(2):134-9.
17. Patel R, Davidsson B. *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. 3 ed. Lund: Studentlitteratur; 1991.

ARTIKELÖVERSIKT

Bilaga 1.

Referensnummer: 11

Titel: "Psychological distress in men with breast cancer".

Författare: Brain, K. Williams, B. Iredale, R. France, L. Gray, J.

Tidskrift: Journal of Clinical Oncology.

Publicerad: 2006.

Land: Storbritannien.

Syfte: Att undersöka prevalensen av psykologisk påfrestning hos män med bröstcancer och faktorer associerade med ökad ångest/oro.

Metod/urval: Denna artikel baseras på enkätundersökningen som ingår som en del i studien med referensnummer 14.

Antal referenser: 50.

Referensnummer: 12

Titel: "Experiences of men with breast cancer: a qualitative study".

Författare: Pituskin, E. Williams, B. Au, H. J. Martin-McDonald, K.

Tidskrift: Journal of men's health and gender.

Publicerad: 2007

Land: Kanada

Syfte: Att utforska upplevelserna hos en grupp män som diagnostiserats och behandlats för bröstcancer.

Metod/urval: Kvalitativ studie. Deltagarna identifierades och tillfrågades via Alberta Cancer Board Cancer Registry i Kanada under perioden 1975-2005. Ursprungligt antal potentiella deltagare var 128, varav 20 personer anmälde intresse. Samtliga 20 antogs till studien. Intervjuer genomfördes vid personliga möten och upptogs med ljudbandspelare. Ljudbanden transkriberades och ur materialet togs en "kärnberättelse" fram, dock med minsta möjliga förändring av materialet.

Antal referenser: 45.

Referensnummer: 13

Titel: "What makes a man a man? The lived experience of breast cancer".

Författare: Donovan, T. Flynn, M.

Tidskrift: Cancer Nursing.

Publicerad: 2007.

Land: Storbritannien.

Syfte: Att utforska den levda erfarenheten av att leva med manlig bröstcancer.

Metod/urval: Fenomenologisk studie, författarna menar att de undersöker livsvärlden och hur objekt och fenomen framstår i medvetandet och söker finna essensen i upplevelsen. 5 deltagare deltog i semistrukturerade intervjuer, dessa intervjuer bandades och transkriberades ingående. 10 deltagare från "overseas" (ospecificerat) bidrog med kontextuell data via e-postkorrespondens. Hur författarna kom i kontakt med deltagarna eller gjorde sitt urval beskrivs inte. Den senare datan redovisas separat från datan som framkommit vid intervjuerna. All data genomgick sedan analys enligt en s.k. van Manens metod och kontextualiserades i fyra teman: spatialitet, kroppslighet, temporalitet och relationalitet. Fynden visade hur sjukdomen påverkade livet för männen och vilka strategier som antogs för att vara bärare av en sjukdom som normalt konceptualiserats som feminin.

Antal referenser: 61.

Referensnummer: 14

Titel: "The experiences of men with breast cancer in the United Kingdom".

Författare: Iredale, R. Brain, K. Williams, B. France, E. Gray, J.

Tidskrift: European Journal of Cancer.

Publicerad: 2005.

Land: Storbritannien.

Syfte: Att utforska upplevelserna hos män med bröstcancer i Storbritannien.

Metod/urval: En multi-metodstudie i fyra etapper som bestod av fokusgrupper (9 personer), frågeformulär (161 personer), uppföljande intervjuer med ett urval av de som besvarat frågeformuläret (30 personer) och en återträff med deltagarna i fokusgruppen (då 7 personer). Resultatet från fokusgrupperna har publicerats i en separat studie.

Deltagarna i frågeformulärsfasen rekryterades genom kontakter vid regionala genetikcenter och ett nationellt cancerforskningsnätverk, ett antal deltagare (48 av 161) rekryterades också som en följd av medias publicitet av studien. Totalt ombads 87 läkare att involvera patienter. Fem olika mätverktyg användes i frågeformuläret och deltagarna ombads att skatta generellt illabefinnande, cancerspecifikt illabefinnande och coping, dessutom ställdes öppna frågor om informationsbehov och deras tankar om kausalitet (orsakssammanhang). Varje deltagare i frågeformulärsfasen tillfrågades om han ville delta i en mer djupgående intervju (dvs. fas tre) och intresse fanns hos 92 av dem. Dock ansåg författarna att detta var ett för stort antal deltagare då mättnad kunde uppnås redan vid 30 deltagare och därför gjordes ett urval på 30 personer med hänsyn tagen till ålder, förfluten tid sedan behandlingen och geografisk spridning. Intervjuerna spelades in på ljudband. Fjärde och sista fasen utgjordes av en sammankallning av deltagarna i fokusgrupperna, där man presenterade resultaten och bad om praktiska råd inför framtiden. Den samlade datan från frågeformulären analyserades sedan med SPSS 12.0 och deskriptiv statistik rapporterades här. De 30 intervjuerna transkriberades helt och analyserades utifrån ett ramverk för att finna innebörder, utmärkande drag och inbördes anknytningar, allteftersom materialet sorterades in under koder. De tematiska kategorierna diskuterades fram och godkändes av samtliga författare och datan kontrollerades med mjukvaran NVivo 2. Fas fyra (fokusgruppernas uppföljning) befann sig under preliminär analys när artikeln publicerades.

Antal referenser: 40.

Referensnummer: 15

Titel: "Experiences of men with breast cancer: an exploratory focus group study".

Författare: Williams, B.G. Iredale, R. Brain, K. France, E. Barrett-Lee, P. Gray, J.

Tidskrift: British Journal of Cancer.

Publicerad: 2003

Land: Storbritannien

Syfte: Att utforska upplevelserna hos en grupp män som har haft diagnosen bröstcancer och jämföra dem med kvinnor med bröstcancer och åsikterna från vårdpersonalen som vårdar de båda grupperna.

Metod/urval: Studien genomfördes med fyra fokusgrupper i södra Wales. Det var två grupper med män, en grupp med kvinnor och en grupp med vårdpersonal så som kirurger, sjuksköterskor och onkologer som för närvarande behandlade bröstcancerpatienter. Männerna hade de identifierat från en regional onkologi enhet och kvinnorna från lokala stödgrupper. Totalt deltog 27 personer i studien. Basen för diskussionerna kom från litteratur, tidigare forskning och diskussioner med kollegorna.

Fokusgrupperna var inspelade och transkriberade. Transkriberingen var analyserad genom en tematisk analys och huvudtemana diskuterades mellan författarna för godkännande.

Antal referenser: 11

Referensnummer: 16

Titel: "Breast Cancer in Men: A Need for Psychological Intervention".

Författare: Robinson, J.D. Metoyer, K. P. Bhayani, N

Tidskrift: Journal of Clinical Psychology in Medical Settings.

Publicerad: 2008

Land: USA

Syfte: Litteraturöversikt som beskriver situationen för män med bröstcancer.

Metod/urval: Genom en litteraturöversikt har författarna sammanfattat information som de anser vara nödvändiga r/t syftet. Artiklarna de har använt sig av är både kvantitativa och kvalitativa. De har inte granskat sin egen metod i artikeln och har inte heller formulerat ett tydligt syfte.

Antal referenser: 15