

Adina Norström och Karin Simon

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKG11X, HT2014

Grundnivå

Handledare: Gail Dunberger

Examinator: Mona Söderlund

Det kan väl inte hända en man? - En litteraturöversikt om mäns upplevelser av att leva med bröstcancer

**It can't happen to a man, can it? - A literary review of the experiences of men
living with breast cancer**

Sammanfattning

Bakgrund: Bröstcancer hos män är en ovanlig, ouppmärksam sjukdom. Mindre än en procent av alla som får bröstcancer är män. Detta gör att männen som drabbas av denna sjukdom inte bara går igenom de motgångar som en cancersjukdom innebär utan även vad det kan innebära att drabbas av en sjukdom som vanligen drabbar kvinnor.

Syfte: Att beskriva mäns upplevelse av att leva med bröstcancer.

Metod: En litteraturöversikt då nio stycken vetenskapliga originalstudier granskades. Dessa hade kvalitativ, kvantitativ eller mixad metod och hämtades från Cinahl och referenslistor från andra vetenskapliga artiklar. Studierna analyserades genom en indelning av data i olika huvudteman och underteman.

Resultat: I resultatet framkom det tre huvudteman i den manliga bröstcancerupplevelsen. Dessa var: mötet med vården, livet under behandlingen och livet efter diagnosen. Ett antal underteman framkom även för att enklare strukturera resultatet. I mötet med vårdpersonal upplevde männen att det förekom svårigheter vid både givande av diagnos och utformning av stöd. Informationen som gavs ansågs som otillräcklig och opassande. Sjukdomen fick många män att reflektera över synen på sin maskulinitet. I livet efter diagnosen framkom de psykiska påverkningarna för männen vilka kunde innebära stress och ångest. Vissa män såg dock erfarenheten av sjukdomen som någonting positivt då det innebar omarbetade värderingar och en ny syn på livet.

Diskussion: Resultatet diskuteras med utgångspunkt i ett livsvärldsperspektiv med den levda kroppen som ett centralt begrepp. Det diskuteras och jämförs skillnader och likheter i artiklarna och även hur författarna förstår och tolkar sitt resultat.

Nyckelord: Manlig bröstcancer, manlig brösttumör, upplevelse, psykologisk, maskulinitet, information, livsvärld

Abstract

Background Male breast cancer is a rare and unnoticed disease. Less than one per cent of all breast cancer cases are male. This contributes to the male breast cancer patient not only encountering adversities related to a cancer diagnosis but also all that it entails to have a disease that normally affects women.

Aim: To describe the male breast cancer experience.

Method: This was a literary review where nine original studies all relating to the aim of the review were analysed. These were retrieved from Cinahl and from reference lists from other scientific articles. The articles had either a qualitative, quantitative or mixed method approach. The studies were analysed through a division of the data into different themes.

Results: The results derived three major themes in the male breast cancer experience. These were: meeting with healthcare professionals, life during the treatment and life after the diagnosis. There were also a number of subthemes that were composed to give structure to the findings. When dealing with healthcare professionals the men experienced difficulties in regards to receiving the diagnosis and in what way support was given. The information that was given was inadequate and inappropriate. For some men the disease brought with it reflections of how they viewed their own masculinity. Life after the diagnosis was for some men characterized by stress and anxiety but was for others seen as a positive experience that brought with it changed values and a new outlook on life.

Discussion: The result is here discussed with a life-world approach with the lived body as a major concept. Differences and similarities in the articles are discussed and compared and there is also an interpretation as to how the authors comprehend their result.

Keywords: Male breast cancer, Male breast neoplasms, experience, psychological, masculinity, information, life-world

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
2.1	PATOFYSIOLOGI	1
2.2	RISKFAKTORER	2
2.3	BEHANDLING	2
2.3.1	<i>Kirurgi</i>	3
2.3.2	<i>Cytostatikabehandling</i>	3
2.3.3	<i>Hormonell behandling</i>	3
2.3.4	<i>Strålbehandling</i>	4
2.4	UPPLEVELSER AV CANCERSJUKDOM	4
2.4.1	<i>Mäns upplevelse av cancersjukdom</i>	4
2.4.2	<i>Könsskillnader i sjukdomsupplevelsen</i>	5
2.4.3	<i>Krisupplevelse och cancersjukdom hos män och kvinnor</i>	5
2.5	PROBLEMFÖRMULERING	6
3	SYFTE	6
4	TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	7
4.1	LIVSVÄRLD	7
4.2	DEN LEVDA KROPPEN	7
4.3	MÄNNISKA SOM KONSENSUSBEGREPP	8
5	METOD	8
5.1	DATAINSAMLING	8
5.2	URVAL	9
5.3	ANALYS	9
6	FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
7	RESULTAT	10
7.1	MÖTET MED VÅRDEN	11
7.1.1	<i>Stöd</i>	11
7.1.2	<i>Att få en oväntad diagnos</i>	12
7.1.3	<i>Information</i>	12
7.3	LIVET UNDER BEHANDLINGEN	14
7.3.1	<i>Maskulinitet</i>	14
7.3.2	<i>Förändrad kroppsbild</i>	14

7.4 LIVET EFTER DIAGNOSEN.....	15
7.4.1 Att dölja sin sjukdom för omvärlden.....	15
7.4.2 Psykologiska aspekter.....	15
7.4.3 Ökad medvetenhet	16
8. DISKUSSION	16
8.1 METODDISKUSSION.....	16
8.2 RESULTATDISKUSSION	18
8.2.1 Mötet med vården.....	18
8.2.2 Livet under behandlingen	21
8.2.3 Livet efter diagnosen	22
8.3 KLINISKA IMPLIKATIONER	22
8.4 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	23
9. SLUTSATS.....	24
10. REFERENSFÖRTECKNING	25
BILAGA 1. SÖKMATRIS	29
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT.....	30

1 Inledning

Bröstcancer är en sjukdom som fått ett stort utrymme i samhället. Oktober månad är bröstcancers månaden. Vi blir genom media ständigt påmind om att köpa det rosa bandet för att stödja kampen mot bröstcancer. Bröstcancer är en uppmärksam sjukdom, men främst anses det vara en cancersjukdom som drabbar kvinnor. Vår uppfattning är att de flesta människor på något sätt har blivit berörda av bröstcancer. Det kanske är en mamma, en väninna eller en väns mamma. Det talas mycket om kvinnors bröstcancer och det finns en medvetenhet kring upplevelse, prevention och behandling. Det är dock inte många som vet att denna sjukdom även kan drabba män.

Under 2011 diagnostiserades 8382 kvinnor och 45 män med bröstcancer i Sverige (Socialstyrelsen, 2013). Kvinnor uppmanas att genomgå screening (mammografikontroll) från 40-års ålder med ett intervall på cirka två år fram till 74-års ålder, detta för att så tidigt som möjligt kunna upptäcka bröstcancer. Denna regelbundna kontroll erbjuds inte män. Den relativa prognosen för överlevnad på 10 år för kvinnor är 83,5 procent medan den för männen är 67,1 procent. Ett allmänt känt uttryck är: "En av tre kommer att drabbas av cancer" (Cancerfonden, 2014). Detta får följden att alla på något sätt påverkas av sjukdomen cancer.

Bröstcancervården anses vara ett område som är välorganiserat och präglas av kontinuitet. Vår uppfattning är att kvinnor med bröstcancer generellt har en mycket god upplevelse av sin vård. Vi tror också att bröstcancervården av naturliga skäl är väl anpassad till kvinnors behov. Vi undrar hur män upplever det är att diagnostiseras med en sjukdom som främst drabbar kvinnor. Hur upplever män att behandlas för en sjukdom där vården generellt är anpassad utifrån kvinnors behov? Hur beskriver män upplevelsen av bröstcancer?

2. Bakgrund

2.1 Patofysiologi

Hos en frisk person sker en kontrollerad ersättning av celler varje minut (Ericson & Ericson, 2012). En frisk cell som genomgår en mutation, alltså en slumpmässig förändring i arvsmassan, kan vanligtvis reparera skadan. Om detta inte är möjligt dör cellen för att inte föra mutationen vidare. När detta misslyckas så kan det innebära att cellens kontrollerade livscykel störs, och därmed växer helt okontrollerat vilket kan leda till en malign celltillväxt. Skillnaden mellan en malign (elakartad) och en benign (godartad) tumör kan sägas vara tumörens förmåga att infiltrera andra vävnader (Hassan & Hassan, 2003).

Bröstcancer är en malign tumör i bröstkörteln (Myklebust Sørensen & Almås, 2011).

Det vanligaste tidiga symtomet är uppkomsten av en eller flera relativt fasta knölar lokaliserad till bröstet eller armhålan. Senare symtom som kan uppkomma är: förändringar på bröstvårtan av eksemliknande karaktär, svårläkta sår på bröstet och/eller att huden blir svullen och röd, även kallad apelsinhud. Andra symtom som kan förekomma är: sekretion ur bröstvårtan, inåtvänd bröstvårta och/eller sår på bröstvårtan (Gómez-Raposo, Sambrana Tévar, Sereno Moyano, López Gómez och Casado, 2010).

2.2 Riskfaktorer

Gómez-Raposo et al. (2010) rapporterar om ett antal faktorer som ökar risken för att man drabbas av bröstcancer. Dessa var: nära familjemedlem som drabbats av bröstcancer, fetma, benfraktur efter 45 års ålder och låg fysisk aktivitetsnivå. I en studie av Brinton et al. (2014) rapporteras det även, utöver tidigare nämnda: hög kroppslängd, hög vikt, hög Body mass index (BMI), Klinefelter syndrom¹, gynekomasti (växande bröstkörtlar) samt diabetes. Andra riskfaktorer är: immunologiska och metaboliska sjukdomar och orkit (testikelinflammation) (Brinton, Carreon, Gierach, McGlynn & Gridley, 2010). Även överkonsumtion av alkohol kan vara en riskfaktor (American Cancer Society, 2014). Dock bör poängteras att hos majoriteten av män som drabbas av bröstcancer kan inte några riskfaktorer identifieras (Gómez-Raposo et al., 2010).

2.3 Behandling

Behandlingen för män utgår från riktlinjer som grundar sig i forskning på kvinnor med bröstcancer (Perkins & Middleton, 2003). Det finns flera olika behandlingsmetoder som generellt erbjuds vid bröstcancer (Myklebust Sörensen & Almås, 2011). För att ge optimal behandling krävs noggrann utredning, då många faktorer påverkar valet av behandling. Behandlingen skiljer sig åt beroende på vilket stadie tumören befinner sig i, storlek på tumören, om fjärrmetastaser föreligger, lymfkörtelstatus, om tumören är hormonkänslig (östrogen eller progesteron), patientens ålder, genmutation etcetera (Svenska Bröstcancergruppen, 2013). Kirurgisk behandling är i de flesta fall den primära behandlingen (Mattarella, 2010). I kombination med den kirurgiska behandlingen används så kallad adjuvant behandling. Det kan förklaras som tilläggsbehandling och syftar till att öka möjligheterna för tillfrisknande. Adjuvant behandling kan innebära: cytostatika, hormonell

¹ Klinefelter syndrom är en kromosomvariation som förekommer hos män och innebär en extra X-kromosom.

eller strålbehandling. Om patienten av något skäl inte kan genomgå en operation används endast dessa metoder.

2.3.1 Kirurgi

Kirurgisk mastektomi innebär att hela bröstkörteln avlägsnas (Rushton et al., 2014). Bröstbevarande kirurgi utförs med förutsättningen att denna ger ett mer kosmetiskt tillfredställande resultat, då tumörvävnaden avlägsnas men inte hela bröstkörteln (Kvinnsländ, 2003). Män med bröstcancer har generellt en mer centralt lokaliserad tumör och mindre bröstvävnad, vilket leder till att det ofta inte är möjligt att utföra en partiell mastektomi (Lindsey, 2013). Det har visat sig vara mindre relevant att utföra partiell mastektomi då den kosmetiska aspekten anses vara mindre viktig för män. Det är av betydelse att männen får diskutera de två kirurgiska alternativen vid behandling av manlig bröstcancer. En mastektomi kan innebära psykosociala funktionsnedsättningar för män då bröstvårtan avlägsnas och ett ärr kvarblir. Kirurgin kan även påverka mäns sexliv på ett negativt sätt. Att få information om vad partiell mastektomi och mastektomi innebär och vad det kan få för konsekvenser är därför av vikt för dessa män.

2.3.2 Cytostatikabehandling

Cytostatika är ett samlingsnamn på läkemedel med målet att eliminera cancerceller (Aarbakke & Hasselström, 2004). Denna behandling är relevant vid bröstcancer om tumörtypen är biologiskt aggressiv eller inte är känslig för hormoner (Svenska Bröstcancergruppen, 2013). Den här behandlingen kan vara primär om tumören inte tekniskt går att avlägsna med kirurgi eller om tumören behövs minskas i storlek för att sedan avlägsnas med partiell mastektomi.

2.3.3 Hormonell behandling

Nittio procent av mäns bröstcancertumörer är östrogenreceptorpositiva (Fentiman, Fourquet, & Hortobagyi, 2006). Att en tumör är östrogenreceptorpositiv innebär att tumörens tillväxt stimuleras av hormonet östrogen. På dessa typer av tumörer blir hormonell behandling aktuell. Det finns två olika typer av läkemedel, antiöstrogener och aromatasinhibitorer, som båda har samma effekt men olika verkningsmekanism. Män behandlas oftast med Tamoxifen, som är ett antiöstrogent läkemedel (Mattarella, 2010). Tamoxifen blockerar tumörens östrogenreceptorer vilket gör att tillväxten hämmas (Tamoxifen®, 2014). En studie av Pemmaraju, Munsell, Hortobagyi & Giordano (2011) visar att tamoxifen orsakar biverkningar

hos män med bröstcancer. Viktuppgång är vanligast, följt av sexuell dysfunktion. Sexuell dysfunktion kan både innebära erektil dysfunktion och förlust av libido.

2.3.4 Strålbehandling

Strålbehandling kan användas både preoperativt och postoperativt (även utan kirurgi).

Preoperativ strålbehandling syftar till att förminska eller för att hindra tumören från tillväxt.

Detta för att underlätta kirurgisk borttagning av tumören (Matarella, 2010). Postoperativ strålning syftar till att minska risken för återfall och därmed öka chansen för överlevnad (Svenska Bröstcancergruppen, 2013). Målet med strålbehandling är att eliminera cancerceller (Degerfält, Moegelin & Sharp, 2009). I en studie av Lindsey (2013) framkom det att män inte behandlas med postoperativ strålbehandling i samma utsträckning som kvinnor. Orsaken var att män i större utsträckning genomgår full mastektomi och att ingreppet då ansågs räcka för att avlägsna cancer. Lindsey (2013) poängterar att strålbehandling är adekvat även för män efter full mastektomi, specifikt vid lymfkörtelspridning då det kan minska risken för metastaser.

2.4 Upplevelser av cancersjukdom

2.4.1 Mäns upplevelse av cancersjukdom

Enligt en studie av Wenger och Oliffe (2014) om mäns upplevelse av cancer framkom det att männen rent generellt kände en ovilja att berätta för omgivningen om sin sjukdom för att de inte ville ses som svaga och för att inte bli en börda för andra. Att inte vara en börda för andra innebar bland annat att de inte gärna ville ta emot hjälp. Annat som framkom hos dessa män var att det var viktigt att bibehålla sitt vanliga liv i så stor utsträckning som möjligt. Känslor av att vilja leva sitt liv på sina egna villkor präglade upplevelsen. Det kunde handla om att neka smärtlindring av en viss typ då det inte var tillåtet att köra bil med preparatet i kroppen. Känslomässigt så begränsade männen sig själva. För att komma bort från svåra känslor och ångest ägnade de sig istället åt sitt arbete, såg på tv eller distanserade sig med hjälp av humor. Männen tilltog de medel som fanns för att inte behöva hantera svåra känslor. En annan artikel (Wenger, 2013) baserad på samma studie som ovan, visar att mäns upplevelse av att få en cancerdiagnos präglades av tanken på en oviss framtid. Tanken var särskilt framträdande vid diagnostiseringen men fanns även kvar vid senare skeden. Ovissheten om framtiden framkallade känslor så som hopplöshet, nedstämdhet och ångest. Det finns mycket forskning

om hur män upplever prostatacancer (Wenger & Oliffe, 2014). Dessa upplevelser stämmer relativt väl överens med hur män upplever cancer överlag.

2.4.2 Könsskillnader i sjukdomsupplevelsen

I forskning om psyko-onkologi (läran om den psykologiska hälsan vid cancersjukdom) är män underrepresenterade (Moynihan, 2002). Detta forskningsområde har stort fokus på kvinnors upplevelse av cancer. Möjligtvis beror denna typ av kvinnocentrering på att den bedrivs av forskare som kan ha uppfattningen att det är svårt att få män att delta i liknande studier då det generellt anses att män är ovilliga att dela med sig av sina upplevelser. Grunden i denna problematik kan tänkas ligga i antaganden att män som står inför en livshotande sjukdom skulle vara stoiska och inte ha behov av stödåtgärder (Moynihan, 2002).

Det finns ett stort utbud av studier som fokuserar på kvinnor med bröstcancer och deras subjektiva upplevelser. Tighe, Molassiotis, Morris och Richardson (2011) rapporterar vad kvinnor med bröstcancer kan uppleva för känslor. De upplever bland annat emotionell stress relaterad till fysiska förändringar på kroppen. Många upplever nedstämdhet då tankar på att förlora håret och att operera bort bröstet präglar deras tankar första året av sjukdomen. Att få ett förändrat utseende kopplades samman med känslor av en förändrad identitet. Dessa kvinnor kände sig oförberedda på vad sjukdomen skulle innebära för deras dagliga liv. Kvinnor i tidigare stadier av bröstcancer kan, liksom tidigare rapporterat angående mäns upplevelse av cancersjukdom, ha känslor av att deras framtid är oviss och hade svårt att se framför sig hur denna skulle komma att se ut (Landmark & Wahl, 2002).

2.4.3 Krisupplevelse och cancersjukdom hos män och kvinnor

Enligt det nationella vårdprogrammet för omvårdnad vid bröstcancer (2013) innebär en cancerdiagnos för många en krisupplevelse. Därför är det viktigt att all vårdpersonal som möter dessa människor har kunskap om hur de kan hjälpa och stödja en människa i kris. (Reitan, 2003). Krisreaktioner bör ses som någonting normalt förekommande (Nationellt vårdprogram för omvårdnad av bröstcancer, 2013). Att ha vetskap om hur krisreaktioner kan se ut, och att dessa är naturliga, är värdefullt då patienten kan lära sig att känna igen dessa reaktioner och då söka stöd om det skulle behövas. I detta vårdprogram tas bland annat Cullbergs kriteori upp.

Enligt Cullberg (2006) uppstår en psykisk kris när en människa hamnar i en situation då hennes tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att hantera den nya

situationen. Krisen framkallas av en yttre omständighet som till exempel kan innebära ett hot mot människans hälsa eller identitet. Cullberg menar att allvarlig sjukdom eller förlust av ett organ är händelser som ofta får psykiska följder. Vid förlust av ett organ vid exempelvis en operation bör också hänsyn tas till organets betydelse för individens identitet. Krisens förlopp kan beskrivas i fyra faser: *chockfas*, *reaktionsfas*, *bearbetningsfas* och *nyorienteringsfas*. Att vara i *chockfasen* innebär att individen är oemottaglig för verkligheten. I *reaktionsfasen* börjar individen släppa in verkligheten. Fasen karaktäriseras ofta av försök att finna mening i det som har hänt. *Bearbetningsfasen* innebär att den akuta krisen lämnas och individen börjar kunna fokusera på framtiden igen. Slutligen nås den fjärde och sista fasen: *nyorienteringsfasen*. Här blir den traumatiska händelsen en del av livet vilket också innebär att denna fas inte har något avslut. Minnet av händelsen finns kvar men livet fortsätter att ha sin gång. Faserna är en förenkling av en människas krisförlopp vilket också innebär att faserna sällan är väl avgränsade gentemot varandra. En cancersjukdom innebär ofta flera trauman där själva diagnosen endast är det första.

2.5 Problemformulering

Att få en cancerdiagnos är för många människor livsomvälvande. Det allvarliga hot som en cancerdiagnos kan innebära, kan ge psykiska påföljder för människan. Forskning kring upplevelser av cancer fokuserar på kvinnor och männen hamnar i skymundan.

Det har visat sig att mäns upplevelse av cancersjukdom kan skilja sig från kvinnors. Vissa män vill inte ses som svaga av sin omgivning och döljer därför sjukdomen och dess aspekter. Det har även visat sig att män som drabbas av cancersjukdom upplever svårigheter med att hantera sina känslor. En brist av förståelse för vad män kan genomgå vid cancer i kombination med en ovanlig cancerform hos män gör detta ämne intressant att fördjupa sig i.

Bröstcancer är en sjukdom som numera har en självklar plats i vårt samhälle, inte minst i media. Men bröstcancer framställs som något som drabbar kvinnor. Något som kvinnor oroar sig för. Inte män. Trots det så drabbas män av denna "kvinnosjukdom". Med detta som grund vill vi fördjupa oss i hur det är för en man att drabbas av en sjukdom som är så starkt förknippad med kvinnor.

3. Syfte

Syftet var att beskriva mäns upplevelse av att leva med bröstcancer.

4. Teoretiska utgångspunkter

4.1 Livsvärld

Livsvärldsbegreppet myntades av bland annat Edmund Husserl (1939/1970). Med livsvärld menas den levda världen som den upplevs innan analys eller reflektion. Livsvärlden är en del av den moderna fenomenologin som Husserl är mest känd för att ha arbetat fram. Livsvärlden är den erfarenhetsvärld där allt presterande sker och i vilken alla människor och all utförd aktivitet och kapacitet hör hemma. Att leva innebär alltid en ovisshet om världen. Att leva ett vaket liv innebär att människan är vaken för världen och har en konstant medvetenhet för världen och för sig själv som levande varelse i denna värld. Världen är given för människan på det sättet att individuella saker är givna, men det finns en fundamental skillnad i hur vi är medvetna om världen och dess ting.

För att kunna studera människan med ett vårdvetenskapligt perspektiv krävs det ett bekräftande av livsvärlden (Dahlberg & Segersten, 2010). I formuleringar kring hur vårdandet bör vara, måste människans livsvärld finnas med. Enligt livsvärldsbegreppet så kan inte individen och dess existens förstås på en tillfredställande nivå om man inte ser denne som en levande helhet (K. Dahlberg, H. Dahlberg & Nyström, 2008). Alla människor delar världen, relaterar dess kontext och förhållandet till varandra, försöker finna en mening men livsvärlden är unik för varje individ. Därför är en syn på människan som ett objekt ofullständig då det inte innefattar en hänsyn till individens egen förståelse om sig själv, erfarenheter, levda kropp och vad deras livssituation innebär för mening för denne.

Livsvärldsperspektivet innebär att vårdaren ska ha fokus på den enskilda människans (även om en människa inte kan vara åtskild från andra) upplevelser av världen och alla dess aspekter (Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

4.2 Den levda kroppen

I en människas livsvärld finns en fast punkt vilken är kroppen. Begreppet *den levda kroppen* är en vidareutveckling av Husserls filosofi. Enligt Merleau-Ponty (1945/1997) är en människas kropp endast en del av människan och hennes värld. Människan kan inte sägas *ha* en kropp utan hon *är* en kropp. Kroppen blir oförståelig om den begränsas till ett perspektiv där den endast ses som ett objekt (K. Dahlberg, H. Dahlberg & Nyström, 2008). Kroppen är objektiv och subjektiv därför att, till skillnad från objektiva ting kan vi aldrig vända oss bort ifrån vår egen kropp. Genom kroppen kan vi utföra alla levande aktiviteter. Kroppen strävar mot harmoni och har i denna strävan en naturlig förmåga att förstå och anpassa sig efter sin

omgivning (Bullington, 2007). På samma sätt har människan en naturlig förmåga att samspela med människor omkring oss. Att nästan per automatik kunna säga och bete oss på ett sådant sätt som förväntas av andra människor. Det behöver inte innebära att människan gör det för att vara andra till lags utan för att vi är precis sådana som vår omgivning anser oss vara (Merleau-Ponty, 1945/1997). Sjukdom innebär i de flesta fall en förändring av den levda kroppen. Då människans kropp är det som ger oss tillgång till världen, leder en förändring av kroppen till att vår tillgång till världen försvagas. (K. Dahlberg, H. Dahlberg & Nyström, 2008).

4.3 Människa som konsensusbegrepp

Konsensusbegreppet som är mest relevant vid denna teori är människan. Inom fenomenologin ses människan som ett väsen som genom sin förmåga att uppleva mening skiljer sig från naturen (Kirkevoid, 2000). Inom ett kulturellt och historiskt sammanhang så utvecklas meningen på ett intersubjektivt sätt. Det är av högsta betydelse att vården av människan genomsyras av en helhetssyn, där denne är en helhet som inte går att delas vad det gäller psykiska, fysiska, andliga, kulturella och sociala behov. Då människan brister i sitt utnyttjande av resurser som till exempel psykosocialt nätverk, motivation eller energi, så är det omvårdandens område att hjälpa denna upprätta dessa. Eftersom det är människans upplevelse som studeras i uppsatsen så är det naturligt att detta begrepp är återkommande.

5. Metod

5.1 Datainsamling

För att besvara syftet gjordes en litteraturoversikt enligt Friberg (2006). Databaser som användes vid sökningarna var: Cinahl, Pubmed och Sciencedirect. Sökord som initialt användes var: male breast cancer, male breast neoplasms och experience. Då dessa sökord främst gav träffar på medicinska studier användes även: psychological, psychosocial, support och quality of life. Sökorden som gav artiklarna som slutligen användes till resultatet var: Male breast neoplasms, support och psychosocial. Dessa olika sökord användes i olika kombinationer med så kallad boolesk sökteknik (Östlundh, 2012). De begränsningar som gjordes gällande resultatartiklarna var kraven: peer reviewed, engelskt språk och att de var originalartiklar. Databasen som främst användes var Cinahl, då det var vårdvetenskapliga artiklar som skulle användas till resultatet.

Enligt Östlund (2012) är så kallade sekundärsökningar en mycket användbar metod för att hitta relevant data. Ett tillvägagångssätt som kan användas för att hitta relevant information är att granska referenslistor. På detta sätt hittades fyra stycken av artiklarna till resultatet (se bilaga 1). Till resultatet användes slutligen nio artiklar (se bilaga 2).

5.2 Urval

Valet av artiklar till resultatet skedde genom en systematisk genomgång av sökordens träffar. Första steget var att granska titlarna. I det andra steget granskades artikelformen (review, anecdote etc.) och de som inte uppfyllde kraven på att vara en vetenskaplig originalartikel blev uteslutna från resultatdelen men sparades i vissa fall för alternativ användning. De artiklar som bedömdes vara intressanta utifrån titel och artikelform fick sina abstract lästa av båda författarna. Då en artikel bedömdes vara intressant utifrån abstract lästes den i sin helhet av båda författarna. Då utbudet på resultatartiklar var begränsat fanns inget större utrymme att avgränsa syftet. På grund av det begränsade utbudet av artiklar gjordes inte heller någon tidsbegränsning. Alla artiklarna som används i resultatet är från år 2000 och framåt.

5.3 Analys

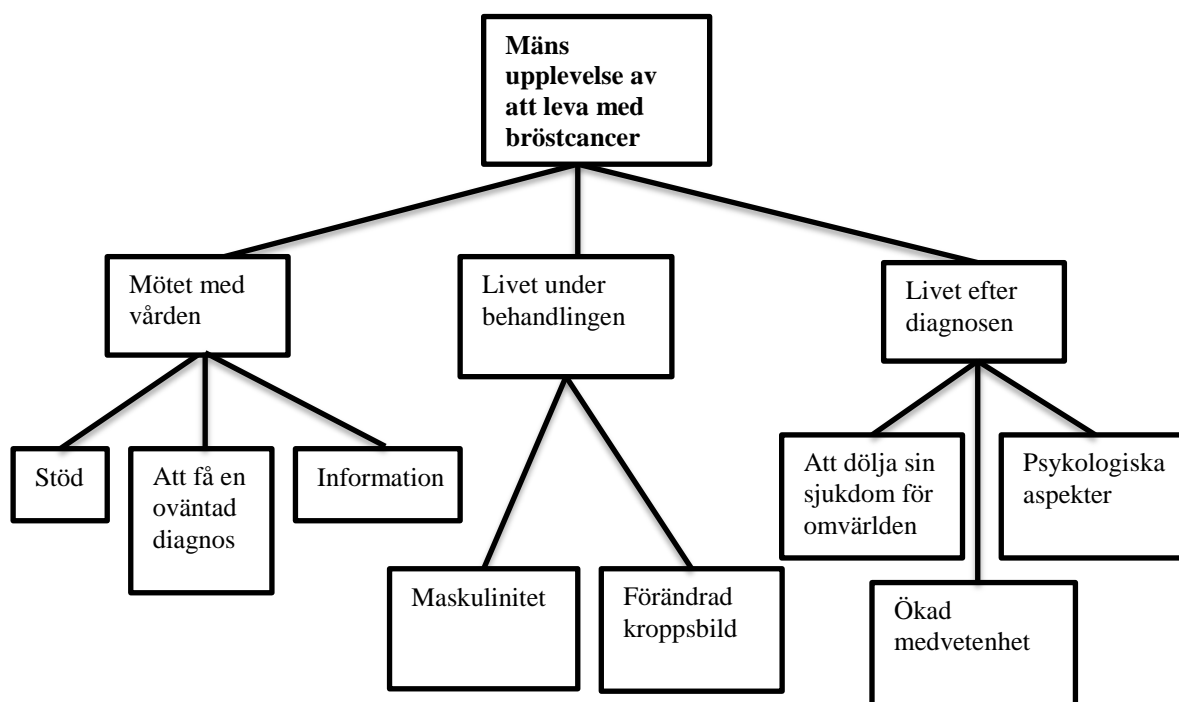
Artiklarna lästes enskilt av författarna ett flertal gånger för att få en helhetsbild av studien (Friberg, 2012). Båda författarna översatte resultatdelen av artiklarna enskilt för att sedan jämföra. Vidare diskuterades artiklarnas innehåll gemensamt och varje artikel strukturerades upp genom en uppställning av teman i varje enskild artikel. När detta hade gjorts analyserades alla teman från alla artiklar och jämfördes gällande likheter och skillnader, detta för att skapa struktur vid analysdelen av en litteraturöversikt (Friberg, 2012). Författarna använde sig av färgkodning för att uppmärksamma teman i de olika studierna. Det resulterade i tre stycken huvudteman för resultatdelen av uppsatsen. Dessa teman var: mötet med vården, livet under behandlingen och livet efter diagnosen. Dessa huvudteman innefattade de enskilda artiklarnas resultat på olika nivåer, någon artikel belyste ett tema medan andra genomsyrades av alla tre. Åtta underteman framkom även vid vidare diskussion: stöd, att få en oväntad diagnos, information, maskulinitet, förändrad kroppsbild, att dölja sin sjukdom för omvärlden, psykologiska aspekter och ökad medvetenhet.

6. Forskningsetiska överväganden

När artiklar valdes ut till arbetet tillämpades ett kritiskt förhållningssätt. Detta är viktigt för att inte endast välja studier som talar för ens egen ståndpunkt (Friberg, 2012). När artiklarna översattes gjordes detta enskilt av båda författare för att få en så väl överensstämmande översättning som möjligt. Eventuella meningsskiljaktigheter diskuterades av författarna tills konsensus uppnåddes. I analysen av artiklarna tillämpade författarna en öppenhet för olika upplevelser genom att förförståelsen lades åt sidan, i den mån detta var möjligt. Detta gjordes genom att diskutera de båda författarnas förförståelse och uppfattning om vad män med bröstcancer kan uppleva.

7. Resultat

I analysen av de nio studierna som samtliga handlade om mäns upplevelse av bröstcancer framkom det tre teman: mötet med vården, livet under behandlingen och livet efter diagnosen. Även åtta underteman visade sig i analysen av dessa artiklar. Dessa var: stöd, att få en oväntad diagnos, information, maskulinitet, förändrad kroppsbild, att dölja sin sjukdom för omvärlden, psykologiska aspekter och ökad medvetenhet. Nedan följer en översikt av resultatets olika teman med uppsatsens syfte överst. Var god se figur 1.



Figur 1

7.1 Mötet med vården

I mötet med vården visade det sig att vissa män kände att deras psykologiska behov inte blev tillgodosedda, även om de upplevde den kliniska vården som utmärkt (Donovan & Flynn, 2007). Ibland kunde männen bli uppmanade att vänta i andra väntrum än kvinnorna på en bröstcancerklinik. Detta gjorde att dessa män fick upplevelsen av att bli "gömda" från de kvinnliga patienterna för att kvinnorna inte skulle känna sig obekväma. Männen uppfattade detta handlande som stigmatiserande.

Män beskrev svårigheter med interaktionen med sin vårdpersonal då det rådde bristande kunskap gällande behandlingen av manlig bröstcancer (Naymark, 2006). Vissa mötte läkare som inte kunde ge svar på hur länge en viss behandling skulle pågå. Detta berodde på att det inte fanns några generella riktlinjer för behandling av manlig bröstcancer och otillräcklig kunskap kring användandet av olika typer av hormonpreparat till manliga bröstcancerpatienter.

7.1.1 Stöd

Få män använde sig av stödgrupper då de upplevde att stöd från deras partner var tillräckligt (Iredale, Brain, Williams, France & Gray, 2006). I stor utsträckning ansåg de gifta männen att stödet från deras fruar var det enda de behövde (Pituskin, Williams, Au & Martin-McDonald, 2007). En studie av Iredale et al. (2006) visade att endast 19 procent av männen pratade med andra män som hade bröstcancer. Vissa uttryckte dock att de hade gagnats av att få möjlighet att prata med någon annan man med bröstcancer efter att de fått sin diagnos (Iredale et al., 2006; Pituskin et al., 2007).

De flesta männen upplevde att de inte ville delta i stödgrupper med kvinnor med bröstcancer eller män med andra typer av cancer. Andra män beskrev att de kände sig obekväma i stödgrupper för patienter med bröstcancer då de flesta av deltagarna var kvinnor (Naymark, 2006). De upplevde oro över att kvinnorna skulle begränsa sina känslor i närheten av män och att de inte ville förstöra deras möjlighet att få stöd i sin sjukdom. Forskning har även visat att män som mäter högre poäng på Impact of Event Scale (IES), vilket mäter cancerspecifik ångest, är mer intresserade av att delta i stödgruppssammanhang (Brain, Williams, Iredale, France & Gray, 2006). Män med bröstcancer beskriver också att bröstspecialiserade sjuksköterskor var den kategori av sjukvårdspersonal som upplevdes vara

mest hjälpsamma, speciellt vad det gällde att ge praktiskt stöd och information (Iredale, Williams, Brain, France & Gray, 2007).

7.1.2 Att få en oväntad diagnos

Många män beskrev att de upplevde bröstcancerdiagnosen som chockartad. Inte för att det var cancer utan för att det var just bröstcancer (Iredale et al., 2006; Donovan & Flynn, 2007).

Mindre än hälften (40 %) uppgav att de före sin diagnos var medvetna om att män kunde få bröstcancer (Iredale et al., 2006). Bröstcancerdiagnosen upplevdes som mycket oväntad.

Männen upplevde att vid det tillfälle diagnosen gavs togs väldigt liten hänsyn till den psykologiska inverkan en cancerdiagnos kan innebära. Männerna upplevde att störst fokus låg på kirurgisk fakta (France et al., 2000).

Flera män med bröstcancer dröjde med att uppsöka läkare trots att de lade märke till förändringar på bröstvävnaden. Detta berodde på att de inte visste att män kunde få bröstcancer. De män som sökte upp sin läkare för sina symtom fick kämpa för att bli konsulterade av en kirurg (France et al., 2000). Det fanns en stor variation i hur uppsökandet av vård kunde se ut då det även har visat sig att många män omedelbart uppsökte läkare då de uppmärksammade symtom (Pituskin et al., 2007). Unga män upplevde att de kände sig besvärliga och ville inte ses som hypokondriker då de kontaktade läkare på grund av sina symtom.

Stress och känslor av att vara utelämnad genomsyrade några av männens reaktioner till att få diagnosen (France et al., 2000). En man fick sitt cancerbesked av en läkare som inte hade tid att stanna och förklara utan skulle återkomma senare för att förklara närmare. En annan fick i förbifarten veta att hans bortopererade tumör var malign medan han fick sina stygn borttagna. Då samma man frågade sin läkare hur prognosen i värsta fall skulle kunna se ut så fick han svaret att han i värsta fall inte skulle vara vid liv om ett år.

7.1.3 Information

Många män upplevde att informationen kring sjukdom och behandling var bristfällig (Donovan & Flynn, 2007; Iredale et al., 2007; Naymark, 2007; Pituskin et al., 2007). I en studie av Iredale et al. (2007) uppgav över hälften (56 %) av de studerade männen att de hade velat ha mer information. Två specifika punkter de hade velat ha information om var mastektomi och biverkningar av behandlingen. Vissa män tyckte att det hade underlättat för dem att förbereda sig på ingreppet och anpassa sig efter operationen, om dem hade fått se ett

fotografi på en mastektomerad man. Gällande behandlingen upplevde en del män att de inte fått information om att en biverkning av medicineringen kunde vara sexuell dysfunktion (Donovan & Flynn, 2007). Även information kring kirurgiska komplikationer upplevdes bristfällig. En man som fått sina lymfkörtlar i armhålan borttagna drabbades av ödem och därmed en svaghet i armen. Detta orsakade stor oro hos honom och gjorde att han inte längre kunde fortsätta med sina dagliga aktiviteter. Han menade att om han hade fått information om detta hade han dels inte behövt oroa sig så mycket och dels kunnat vidta passande åtgärder för att minimera symtomen (France et al., 2007).

Många män kände sig frustrerade då de upplevde att vården inte kunde ge tillräcklig information om olika behandlingsalternativ (Pituskin et al., 2007). Ett problem som skapades på grund av detta var att männen inte kunde få något grepp om vad de hade att vänta. Frustrationen berodde också på att nästan all information som fanns att tillgå (även information utanför vårdkontexten) inte bara var riktad till kvinnor utan också byggde på specifik forskning på kvinnor med bröstcancer.

Ett annat problem för männen var att en stor del av den information de mottog i vårdkontexten inte var anpassad för män (Donovan & Flynn, 2007; Iredale et al., 2007). En del män hade inte fått någon information alls som handlade om manlig bröstcancer (France et al., 2000). Speciellt dåligt anpassad för män var den skrivna informationen (Donovan & Flynn, 2007; Iredale et al., 2007). Den postoperativa informationen (efter mastektomi) fokuserade på bröstrekonstruktion och att hjälpa kvinnor att stärka sin feminina identitet. Denna typ av information gjorde det svårt för männen att utforma några egna strategier som kunde hjälpa dem (Naymark, 2006). En man berättar om hur han efter mastektomin fick en broschyr om postoperativ vård med tips på vilken bh som kunde vara bekväm och att om han kände sig "lite nere" kunde han prova att sminka sig eller att ta på sig sin favoritparfym (Donovan & Flynn, 2007). Det fanns dock en viss förståelse för att informationen fokuserade på kvinnor, då sjukdomen är ovanlig hos män (Iredale et al., 2007). En man tog upp informationsutbudet ut ett ekonomiskt perspektiv och reflekterade över att en anpassning av all information om bröstcancer till män förmodligen skulle vara kostsam. Trots detta så upplevde de ändå att de saknade information och gav förslag på kompletterande information som riktade sig specifikt till män.

7.3 Livet under behandlingen

7.3.1 Maskulinitet

Vissa män upplevde att bröstcancern hotade deras maskulina identitet (Naymark, 2007). Särskilt påtagligt var det hos män som på grund av hormonell behandling med Tamoxifen fick erektil dysfunktion eller minskad libido. Kombinationen av att drabbas av en sjukdom som av samhället anses som kvinnlig (Naymark, 2007) och de "feminiserande" biverkningar som vissa delar av behandlingen medförde, gjorde att männen inte bara upplevde ett hot mot sin hälsa utan även mot sin maskulinitet (Donovan & Flynn, 2007). Vissa män upplevde ett ifrågasättande av sin maskulinitet då de berättade om sin sjukdom för familj och närstående. Flera män berättade hur de möttes av reaktioner som uttryckte förvåning och oförståelse över att de hade drabbats av bröstcancer (Naymark, 2007). Vissa män upplevde att det mastektomerade bröstet påverkade hur andra uppfattade deras maskulinitet och i vissa fall sexualitet (Donovan & Flynn, 2007). En man berättade om sin rädsla för att visa sig med bar överkropp och därmed visa sitt ärr. Han var rädd att andra män skulle göra sig roliga på hans bekostnad. Han hade mötts av uppfattningen att riktiga män inte kunde drabbas av bröstcancer och att han därför ansågs vara homosexuell eller till hälften kvinna.

7.3.2 Förändrad kroppsbild

Genom mastektomin förändrades männens kropp och därmed deras kroppsbild (Iredale, et al, 2006; Donovan & Flynn, 2007). Den förändrade kroppsbilden hanterades olika av olika män. Vissa män upplevde problem med att visa sig med bar överkropp, vilket ledde till att de undvek att visa sitt ärr, i vissa fall genom att undvika situationer som innebar bar överkropp (exempelvis simhallar och gym) (Donovan & Flynn, 2007; France et al., 2000; Iredale et al, 2006). Brain et al. (2006) visar ett samband mellan depressiva symtom och förändrad kroppsbild. Ju äldre männen var, desto mindre verkade mastektomin påverka deras kroppsbild negativt (Iredale et al, 2006). Vissa män upplevde inte några problem med att visa sina ärr. En man upplevde snarare sina ärr som ett bevis på vad han hade övervunnit cancersjukdomen följaktligen som en källa till stolthet. Somliga män uppmärksammande dock kvinnors mastektomier som en större förändring av kroppsbilden (Naymark, 2006). De upplevde att det kvinnliga bröstet var nära förknippat med femininitet, kvinnlig identitet och sexuell attraktion. Männen menade att en mastektomerad man trots allt inte ser så annorlunda ut utan ett bröst.

7.4 Livet efter diagnosen

7.4.1 Att dölja sin sjukdom för omvärlden

De flesta män (80 %) valde att berätta om sin bröstcancer för den närmsta familjen och vänner (Iredale et al., 2006). Färre män (37 %) valde att berätta för utomstående, så som kollegor och släktingar. Endast en liten del: 6,4 procent av männen berättade inte för någon om sin bröstcancer. I Pituskins (2007) studie valde ett antal män att helt dölja sin diagnos för sin omvärld. Det fanns flera anledningar till att somliga män valde att inte berätta om sin sjukdom (Iredale et al., 2006). Männen ville inte ha sympatier, de var rädda för stigmatisering och upplevde att allmänhetens medvetenhet om manlig bröstcancer var undermålig. Även känslor av obekvämheter med att diskutera den känsliga sjukdomen påverkade valet att dela sin sjukdom med andra. Vissa män ändrade sitt beteende för att kunna dölja sin sjukdom för allmänheten, framförallt efter mastektomi (Donovan & Flynn, 2007).

7.4.2 Psykologiska aspekter

Andrykowski (2011) studerar det fysiska och psykiska tillståndet hos män med bröstcancer. En jämförande studie gjordes mellan en grupp män utan och en med bröstcancer. Studien visade att männen med bröstcancer hade sämre generell hälsa och livskvalitet än männen utan. Det framkom även att männen med bröstcancer hade fler dagar under en månad då deras fysiska och psykiska hälsa inte upplevdes som god. Utöver detta visade det sig att männen med bröstcancer hade större problem att utöva dagliga aktiviteter och att dessa problem var relaterade till känslomässiga, fysiska och psykiska begränsningar.

Män som genomgått mastektomi och är multisjuka har mer cancerspecifik ångest (IES) och depressiva symtom än bröstcancerdrabbade män utan multisjukdom (Brain et. al, 2006). Dessutom sågs ett samband mellan depressiva symtom, ångest och cancerspecifik ångest, en förändrad kroppsbild, yngre ålder, osäkerhet och rädsla inför framtiden. Det visade sig även att män som levde utan partner hade en högre förekomst av cancerspecifik ångest.

Vissa män med bröstcancer upplevde känslor av olust då de såg sig själva som genetiskt ofullkomliga på grund av att de drabbats av en sjukdom som de trodde att endast kvinnor kunde få (Donovan & Flynn, 2007). Dessa missförstånd berodde, för många, på en okunskap om sjukdomen och bidrog till deras olust. Somliga män upplevde emotionell stress i samband med sin bröstcancerdiagnos. För andra innebar det endast en kort medicinsk händelse som inte ledde till någon större påverkan på deras liv (Pituskin et al., 2007). Yngre män med bröstcancer beskrev att trots att genomlidandet av sjukdomen innebar svårigheter, så

förbättrades deras liv och erfarenheten ledde till omprioriteringar, förändrad livssyn och nya insikter i deras liv.

I mätningar av hälsorelaterad livskvalitet har det framkommit att män med bröstcancer har högre grad av hälsorelaterad livskvalitet än kvinnor med bröstcancer. Detta mättes i kategorierna: fysisk och känslomässig rollfunktion, kroppslig smärta, fysisk funktion, vitalitet, mental hälsa och social funktion. Men en jämförelse med män utan bröstcancer har manliga bröstcancerpatienter lägre hälsorelaterad livskvalitet, specifikt gällande fysisk och emotionell rollfunktion (Kowalski et al., 2012).

7.4.3 Ökad medvetenhet

Männen upplevde att de ville öka medvetenheten kring manlig bröstcancer i samhället genom att engagera sig i cancersammanhang. Detta för att kunna hjälpa andra män som genomgår sjukdomen (Naymark, 2006; Pituskin et al, 2007). En vilja att normalisera bröstcancer hos män framkom hos vissa män. Det handlade om att upplysa allmänheten om att bröstcancer inte är en sjukdom som endast drabbar kvinnor (Donovan & Flynn, 2007).

8. Diskussion

Här diskuterar författarna arbetets metod. Därefter följer en diskussion kring resultatet med en livsvärldsteoretisk utgångspunkt samt författarnas egna tankar.

8.1 Metoddiskussion

En viktig aspekt att diskutera är att resultatet baseras på studier som alla är gjorda i en västerländsk kultur. Detta är en fördel då resultatet kan tänkas användas och komma till nytta inom svensk sjukvård. Det fanns dock ingen exkludering av artiklar från andra länder med en lägre sjukvårdsstandard då dessa var obefintliga.

En svaghet i litteraturöversikten var att ett så limiterat forskningsområde innebar att vissa artiklar kanske inte hade valts ut till arbetet om det hade funnits ett större utbud. Det var inte helt oproblemiskt att jämföra de kvalitativa artiklarna med de kvantitativa eftersom de sistnämnda fokuserar mer på objektiva och kvantifierbara data än subjektiva upplevelser (Friberg, 2012). Något som vi var kritiska till var att ha med kvantitativa studier eftersom dessa fokuserar på objektiva mätbara data då vårt syfte handlade om upplevelser. Med detta i åtanke hade det förmodligen varit mer gynnsamt att beskriva dessa upplevelser utifrån endast kvalitativa studier, men detta var inte genomförbart vid det aktuella forskningsläget.

Sökorden som användes var övergripande då det var ett begränsat forskningsområde. Endast fem artiklar hittades via sökord. Det gjordes försök med flera olika kombinationer av sökord alla relaterade till syftet, men dessa gav inte fler relevanta träffar. Av den anledningen är flera artiklar hittade via referenslistor från andra artiklar. Kanske borde andra sökord ha använts. Dock bedömer vi att vid det rådande forskningsläget inte fanns fler artiklar tillgängliga som var relevanta till uppsatsens syfte.

En stor brist i vår översikt är att tre av studierna i resultatet bygger på samma grundstudie. Enligt Rosén (2012) skulle en dubbelpublikation av detta slag kunna vara en anledning till exklusion eftersom de olika artiklarnas analys bygger på samma datamaterial. Dessa artiklar exkluderades inte av den anledningen att utbudet på studier var för litet. Dock anser vi att grundstudien bygger på ett så stort material (relativt sett till den manliga bröstcancerforskningen) och därför kan användas var för sig då de fokuserar på olika aspekter.

En svaghet i resultatet är att inte alla studier har förekomsten av samsjuklighet i beaktande. Det är mycket möjligt att männens upplevelse av bröstcancer kan te sig avsevärt mer påfrestande i relation till redan befintliga fysiska och psykiska ohälsotillstånd. Riskfaktorer för att utveckla bröstcancer så som övervikt eller hög alkoholkonsumtion är något som tas upp i bakgrunden. Dessa faktorer kan möjligen i sin tur påverka hur männen förhåller sig till sig själva vid både hälsa och ohälsa.

En styrka i arbetet är att författarna använde sig av en så kallad ”peer debriefing” vid första tolkningen av data (Wallengren & Henricson, 2012). Detta skedde genom en diskussion av resultatet med andra uppsatsförfattare som kritiskt granskade datan. Detta gjordes för att försäkra sig om att analysen var genomförd så korrekt som möjligt.

Detta ämne visade sig vara ett relativt nytt forskningsområde, vilket innebar att ingen av resultatartiklarna är äldre än från år 2000. Ett flertal studier som initialt var intressanta i relation till syftet var vid vidare granskning tvungna att exkluderas. En studie exkluderades på grund av den var en kort rapport. En annan bestod av en pilotstudie och det hittades även flera artiklar som senare visade sig vara så kallade reviews, som användes till bakgrunden istället.

Då litteraturöversikten använder sig av både kvantitativa och kvalitativa studier men fokuserar på subjektiva upplevelser så använder vi begreppet trovärdighet då vi talar om litteraturöversiktens kvalitet (Wallengren & Henricson, 2012). Trovärdigheten bygger bland annat på pålitlighet vilket påvisas då författarna beskriver sin förförståelse.

Vår förförståelse angående män med bröstcancer var att det kanske kunde tänkas vara mer psykiskt påfrestande, än för kvinnor, på grund av att sjukdomen är så starkt sammankopplad

med endast kvinnliga drabbade. Möjligtvis präglade känslor av att känna sig mindre maskulina här männens upplevelser. Författarna till arbetet kunde inte tänka sig många positiva upplevelser hos män med bröstcancer.

8.2 Resultatdiskussion

I resultatet framkom det att män med bröstcancer upplevde olika svårigheter i mötet med vården. Svårigheterna gällde möjligheten till stöd och på vilket sätt diagnosen gavs.

Okunskapen hos vårdpersonalen angående behandling upplevdes särskilt problematisk. Något som var speciellt framträdande i resultatet var bristen på information och utformningen av den information som faktiskt gavs. Livet under behandlingen handlar om hur uppfattningen av maskulinitet och kroppsbild omformuleras. Livet efter diagnosen präglades för många män av förändringar. Resultatet kommer att diskuteras dels utifrån ett livsvärldsperspektiv samt utifrån författarnas egna reflektioner och relevant forskning.

8.2.1 Mötet med vården

Männen upplevde att mötet med vården komplicerades av ett för litet fokus på den psykologiska aspekten av sjukdomen. Männen uppfattade en osäkerhet kring sin behandling på grund av bristande kunskap hos vårdpersonalen. Liknande erfarenheter beskrivs av Steele (2009). Där diskuterar författaren sin upplevelse av att drabbas av bröstcancer och att det ofta kan kännas besvärande när vårdpersonal kallar det för ”manlig” bröstcancer, när andra cancerformer inte får något genus. Eftersom män har bröst kan även de drabbas av bröstcancer. Okunskap i faktumet att män drabbas av bröstcancer kan leda till att de män som diagnostiseras känner en genans angående sin sjukdom. Ett problem som författaren av artikeln genomgick var att istället för att få komma till en bröstcancerklinik, då läkare antog att män känner sig obekväma på dessa, blev remitterade till en kirurgisk klinik med långa väntetider.

Vården av män med bröstcancer, vården av alla människor, bör ha sin utgångspunkt i beröringen av personens egen värld (Dahlberg & Segersten, 2010). För att kunna stödja en individ måste vårdare ha en förståelse för individens sjukdom, lidande och hälsa och hur detta påverkar personen i sitt egna livssammanhang. Vårdande bör grundas i livsvärlden eftersom individens upplevelse av sammanhang och mening påverkas av sjukdomen som personen går igenom. Genom detta tänkande kan vårdaren hjälpa individen att få en balans i vardagliga sammanhang och främja livskraften.

Att endast få sin diagnos i förbifarten utan utrymme för frågor och tankar är något som kännetecknar en stressfull och negativ vårdupplevelse. För vårdpersonal betyder kanske inte en bröstcancerdiagnos någonting speciellt då de möter dessa diagnoser varje dag. Dock bör varje patient mötas med en öppenhet och följsamhet från vården. Det är patientens upplevelse som bör vara i fokus. I beaktandet av livsvärlden måste det förekomma en känslighet kring det som uppfattas som annorlunda och oförutsägbart (Dahlberg & Segesten, 2010). När en människa erfar någonting som hen inte förstår, så relateras denna nya företeelse till tidigare erfarenheter för att få det hanterligt och begripligt. Då en man endast fick sin diagnos utan möjlighet att få sina frågor besvarade fanns det uppenbarligen inte en känslighet för den oförutsägbara situationen. Möjligtvis var den här mannens enda erfarenhet av cancer präglad av smärta och död och innebar då för honom mycket ångest som förvärrades då han inte fick någon vidare förklaring vad hans cancer innebar, då han fick sitt besked. Detta kan liknas vid Cullbergs (2006) kristeori. En händelse som utlöser en psykisk kris hos en människa måste ses utifrån individens erfarenheter. Då en kris enligt Cullberg utlöses av händelser som individen saknar förmåga att bemästra utifrån sina tidigare erfarenheter, är det också viktigt att ta hänsyn till dessa.

Vårt resultat visar att många män upplevde att deras partner var tillräckligt stöd. Det fanns en generell uppfattning om att stödgrupper inte var önskade. Clarke, Booth, Velikova och Hewison (2006) kom fram till liknande resultat i sin studie angående könsskillnader vid cancersjukdomar. De fann att män ansåg sig inte behöva emotionellt stöd i lika stor utsträckning som kvinnor. För männen upplevdes emotionellt stöd vara att få information, eftersom de ansåg att informationen dämpade deras oro. Vidare tyckte även män att en form av emotionellt stöd var kontinuitet i vården och vänlig personal som kom ihåg deras namn. I likhet med vårt resultat visade det sig även i denna studie att män upplevde att emotionellt stöd från partner och familj var tillräckligt. Dessa män ville bara dela med sig av sina känslor med någon som de hade en nära relation med. Det redovisas att flera män inte kände ett behov av professionellt stöd men att ha vetskapen om att stöd fanns tillgängligt räckte för att känna sig trygg med att om de i framtiden skulle vilja ha stöd så var det en möjlighet (Baker et al., 2013; Clarke, Booth, Velikova, & Hewison, 2006).

Män med bröstcancer upplevde sig inte ha ett lika stort behov av stöd som kvinnor i samma situation kanske har. Detta grundar sig möjligtvis i ett ofullständigt intresse från vårdare att ta del av männens liv, vilken kanske är präglad av förutfattade meningar om att män inte har känslor av ångest och stress till följd av en fysisk sjukdom. Att män är motvilligt inställda till att söka hjälp kan uppfattas som stereotypiskt. Vårt resultat visar dock en viss

motvilja hos männen som främst handlade om viljan att delta i stödgrupper. Sánchez, Bockland & Vilians (2013) studie visar att den traditionella mansrollen i ett heteronormativt samhälle hindrar män från att söka hjälp. Flera av våra resultatartiklars resultat har drag av ett könsstereotypiskt perspektiv, både vad det gäller maskulinitet och femininitet.

Könsstereotyper innebär ofta att könsens förmodade egenskaper är dikotoma. Könsens egenskaper anses vara uppdelade i ytterligheter: en man är stark- en kvinna är svag, en man är rationell- en kvinna är emotionell. Detta sätt att se på manligt och kvinnligt kan leda till svårigheter att hantera sin sjukdom. Män som lever i en värld där normen är att vara stark och rationell upplever kanske (medvetet eller omedvetet) att detta hindrar dem från att söka hjälp, både vad det gäller läkarkontakt för symtom eller deltagande i stödgrupper.

Många män uppfattade informationen som bristfällig och inte riktad till män. Detta kanske kan vara kopplat till den generella avsaknaden av kunskap kring manlig bröstcancer, både i samhället och i sjukvården. Bunkley, Robinson, Bennett och Gordon (2000) diskuterar bristande medvetenhet kring manlig bröstcancer i samhället och att detta i kombination med en avsaknad av självundersökning hos män, leder till att bröstcancer ofta är mer allvarlig och får en sämre prognos. En bidragande faktor till det undermåliga kunskapsläget kan vara att de drabbade männen ofta känner att de endast vill berätta om sin sjukdom för sin närmsta familj. Motviljan att berätta om sin sjukdom för andra människor kan bidra till en känsla av isolering och ensamhet. Möjligtvis skulle en öppenhet kring mäns bröstcancer leda till en ökad medvetenhet kring sjukdomen.

Baker et al., (2013) redovisar till motsats från vårt resultat att män med prostata- och lungcancer ofta inte vill ha för mycket information angående sin sjukdom innan de påbörjat sin behandling. Dessa patienter ansåg att informationsblad var alldeles för beskrivande och opassande. Somliga ansåg till och med att dessa var skrämmande och endast förvärrade deras problem. Men det visar sig att efter genomjord behandling så uppfattade nästan alla deltagare informationen som väl utformad och den då hade hjälp dem trots deras tidigare negativitet. De upplevde då att information väl förklarade och normaliserade deras upplevelser och förstod först i efterhand att de inte var mottagliga för denna information bara en kort tid efter diagnosen.

Detta överensstämmer med Cullbergs (2006) kristeri. En cancerdiagnos är ett besked som kan utlösa en psykisk kris. Chockfasen kännetecknas av en oförmåga att ta in verkligheten. Detta innebär att information som ges i nära anslutning till cancerbeskedet tenderar att inte uppfattas av patienten. Vårdpersonal bör ha en kunskap om detta för att kunna anpassa tidpunkten för att ge information. Den information som efterfrågas av patienten bör självklart

ges, oavsett vilket skede patienten befinner sig. Dock bör vårdpersonal vara medvetna om att samma information kanske bör ges vid mer än ett tillfälle. Möjligtvis kan det också vara av värde att ge information gemensamt till både patient och anhöriga (om patienten och den anhöriga så önskar). Dock bör poängteras att anhöriga också kan befinna sig i en psykisk kris.

Information var ett tydligt tema genom majoriteten av studiernas resultat. Det tycks vara så att detta behov av information grundar sig i en vilja av att ha kontroll. Att ha vetskap om vad sjukdomen innebär, kunna ta beslut om sin behandling och veta hur eventuella biverkningar av behandling kan te sig, kan leda till en form av kontroll över sin sjukdom och i sin tur en känsla av kontroll över sitt liv.

8.2.2 Livet under behandlingen

Utifrån livsvärldsperspektivet blir medicinsk kunskap inte något rent objektivet (Dahlberg et al., 2003). Ett provsvar kan inte enbart tolkas som ett objektivet mätvärde utan måste också förstås utifrån patientens upplevelse. Medicinering och kirurgi bör förstås utifrån vad människan erfar. Flera av resultatartiklarna vidrör detta. Biverkningar av den hormonella behandlingen kan inte enbart förstås som en medicinsk biverkning utan också hur det erfars av mannen. Männen upplevde den sexuella dysfunktionen som något mycket större, som en förlust av identitet och maskulinitet. Även mastektomi gav liknade känslor. Att sakna ett bröst innebar inte bara en förlust av en kroppsdel utan det påverkade även mannens förståelse av sig själv och sitt sammanhang.

Den levda kroppen är den fasta punkten i människans livsvärld och är oskiljbar från denna. Livsvärlden delas av människorna runt omkring individen. Därför blir också människans levda kropp oskiljbar från andra människor. En människas kropp är precis det som andra människor tycker att den är (Merlau-Ponty, 1997/1945). Att undvika att visa sitt mastektomiärr blir ett sätt att försöka kontrollera sin omvärld, och därmed ett försök att kontrollera sig själv. Att visa sitt ärr skulle leda till att andra människor såg något annat än vad mannen upplevde sig vara före bröstcancern. Att mötas av reaktioner som anspelar på mannens sexualitet och därmed maskulinitet påverkar mannens syn på sig själv. En man blir det som andra tycker att han är, men det kan också innebära att han blir det han upplever att andra anser att han är. Den man som upplevde att andra män uppfattade honom som mindre maskulin på grund av sin sjukdom kanske också i själva verket tänkte detta om sig själv. Att dölja sitt ärr kanske också var ett sätt att dölja sin syn på sig själv.

Enligt Merlau-Ponty (1997/1945) är det vår kropp som ger oss tillgång till världen. Genom sjukdom kan vår kropp förändras vilket också förändrar vår tillgång till världen. I resultatet

framkom det olika upplevelser av mastektomi. Vissa visade sitt ärr med stolthet medan det för andra innebar en begränsning av livet. De undvek simhallar och att sola med bar överkropp. En förändring av kroppen ledde till en förändring av världen. Bunkley et al., (2000) diskuterar att unga män med bröstcancer tycks påverkas i större utsträckning av en förändrad självbild kopplat till fysiska ändringar efter att ha genomgjort en masektomi. Det har förekommit en ökad prevalens av plastikkirurgi hos yngre män, i form av pectorialisimplantat, vilka är implantat i form av bröstmuskeln. Detta kan betyda att det kan vara viktigt för män att i sin kirurgiska behandling få diskutera plastikkirurgi som ett alternativ då det kan bidra till ökad självkänsla.

Några män jämförde sina upplevelser av mastektomi med kvinnors. Männerna upplevde att en kvinna som förlorar sitt bröst drabbas hårdare än en man. Detta kan kanske förklaras av livsvärldsperspektivet. Då det kvinnliga bröstet är intimt förknippat med en kvinnas femininitet vilket då kan innebära att en förlust av detta göra att kvinnas kropp förändras mer och därmed hennes tillgång till världen. Enligt Cullberg (2006) bör en förlust av ett organ ses utifrån vilken betydelse organet hade för individens identitet och självbild. Detta kan förklara varför männen upplevde en kvinnas förlust av sitt bröst som värre än deras egen förlust.

8.2.3 Livet efter diagnosen

Det framkom att bröstcancerdiagnosen förändrade livet. En omarbetning av värderingar och vad som egentligen var viktigt i livet var något som flera män tog upp i sina intervjuer. Baker et al. (2013) redovisar att vare sig det handlar om att drabbas av prostata-, bröst-, eller lungcancer så är de emotionella upplevelserna av liknande karaktär för både män och kvinnor. Efter en sådan diagnos går många människor igenom chockliknande stadium med världsomställande känslor och existentiell kris.

Att genomlida en så ovanlig och i många fall allvarlig sjukdom kan innebära att livet ses ur ett nytt perspektiv. Vissa män tar erfarenheten som någonting positivt och känner sig starka i att ha överlevt något påfrestande. Men detta är kanske inte normen eftersom upplevelser av sjukdom är högst individuella och även om personen tillfrisknar så kan denne ha svåra känslor av nedstämdhet kopplat till erfarenheten.

8. 3 Kliniska implikationer

Som sjuksköterska är det viktigt att kunna ge vård och stöd till alla människor i olika skeden i livet. Det är viktigt att ha en inblick i hur det kan vara för en man att drabbas av en sjukdom

som vanligtvis drabbar kvinnor. Detta för att kunna ge rätt stöd, hjälp och att ha en förståelse för en känslig situation. Att uppmärksamma och på rätt sätt stödja minoriteter är något som sjukvården ständigt måste utveckla. Män är i det här avseendet en minoritet då de endast representerar mindre än en procent av alla bröstcancerpatienter. Att som vårdpersonal ha förståelse för mäns upplevelser vid bröstcancer är högst relevant eftersom den psykiska och emotionella upplevelsen har stor betydelse för hur väl dessa patienter kan stödjas och vårdas. När en man med bröstcancer söker vård för vad det än kan vara och då slipper behöva förklara sitt sjukdomstillstånd för personal kan betyda mycket för den personliga upplevelsen. Det är viktigt att som vårdpersonal tillämpa en personcentrerad vård med ett helhetsperspektiv. För att ge god vård går det inte endast att vårda den fysiska sjukdomen utan att ha ett psykiskt och emotionellt synsätt av människan. Detta är viktigt att tänka på vare sig dessa patienter är kvinnor eller män.

8.4 Förslag till fortsatt forskning

Det skulle behövas mer forskning i alla psykologiska, emotionella och psykosociala aspekter av manlig bröstcancer. Bland annat skulle det behövas mer forskning i hur stöd för män med bröstcancer kan vara utformat och hur de upplever att de bäst kan få stöd. Det kanske inte handlar om stödgrupper utan andra alternativa stödsammanhang. Information är ett område där det råder mycket tvivel, speciellt för vårdpersonalen gällande vad de ska informera om. Där skulle det behövas utarbetas riktlinjer för sjukvårdspersonal att arbeta efter. Ett upprättande av dessa riktlinjer behövs byggas på forskning kring behandling av specifikt manlig bröstcancer eftersom denna behandling kan skilja sig från behandlingen som erbjuds till kvinnor. Det skulle även kunna ha betydelse för männens vård om det bedrivs mer forskning kring männens dagliga funktioner under och efter genomgången bröstcancerbehandling.

Att använda sig av patientrepresentant vid utarbetning av riktlinjer är något som bör användas i större utsträckning då dessa kan ge en annan insikt i vad som kan vara av betydelse för vården. Upprättning av patientföreningar är någonting som är populärt inom cancervården. Det finns bland annat en patientförening för bröstcancer, men det kan tänkas att denna är till större del representerad av kvinnor. Det skulle kanske kunna utarbetas en liknande förening där männen får ta mer plats då det visat sig i resultatet att flera män vill engagera sig för att öka medvetenheten för män med bröstcancer. Den manliga

bröstcancerupplevelsen är som tidigare nämnt ett inte så väl utforskat område. Att detta är en anledning till den rådande okunskapen kring sjukdomen är kanske inte så orimligt.

9. Slutsats

Män med bröstcancer upplever en okunskap hos vårdpersonalen vad det gäller behandling och bemötande. Männens behov av information tillgodoses inte. Detta leder till osäkerhet och svårigheter för männen att hantera sin sjukdom. Bröstcancer kunde upplevas som ett hot mot maskuliniteten och gav känslor av en identitetsförlust. Flera män upplevde svårigheter med att dela med sig av sin sjukdom för omvärlden. Detta ledde till att de var tvungna att begränsa sin vardag. Detta berodde möjligtvis på den rådande omedvetenheten om att även män drabbas av denna sjukdom. Sjukdomen kunde orsaka emotionell stress, framför allt hos yngre män.

De fanns även män som inte såg sjukdomen och deras förändrade kropp som någon större påfrestning. Hos vissa av dessa män fanns upplevelser av stolthet över att ha övervunnit ett sådant allvarligt hot mot hälsan som denna sjukdom innebär. Sjukdomen kunde också medföra att männen omarbetade sina värderingar vilket kunde leda till att de såg mer positivt på livet. Det är högst individuellt hur män med bröstcancer upplever sin sjukdom. Genom att ha en livsvärldsansats i vårdandet sätts fokus på hur den unika individen erfar sin sjukdom. Att som vårdare ha livsvärlden i åtanke kan bidra till en bättre förståelse för mäns upplevelse av bröstcancer.

10. Referensförteckning

- Aarbakke, T., & Hasselström, J. (2004). *Illustrerad farmakologi 2*. Stockholm: Natur och kultur.
- American Cancer Society. (2014). *Breast cancer in men*. Hämtad 23 oktober, 2014, från American Cancer Society, <http://www.cancer.org/cancer/breastcancerinmen/detailedguide/breast-cancer-in-men-risk-factors>
- Andrykowski, M. (2011). Physical and mental health status and health behaviors in male breast cancer survivors: a national, population-based, case-control study. *Psycho-Oncology*, 21(9), 927-934. doi:10.1002/pon.2001
- Baker, P., Beesley, H., Dinwoodie, R., Fletcher, I., Ablett, J., Holcombe, C., & Salmon, P. (2013). 'You're putting thoughts into my head': a qualitative study of the readiness of patients with breast, lung or prostate cancer to address emotional needs through the first 18 months after diagnosis. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1402-1410. doi:10.1002/pon.3156
- Brain, K., Williams, B., Iredale, R., France, L., & Gray, J. (2006). Psychological distress in men with breast cancer. *Journal Of Clinical Oncology*, 24(1), 95-101.
- Brinton, L. A., Cook, M. B., McCormack, V., Johnson, K. C., Olsson, H., Casagrande, J.T, ...Thomas, D. B. (2014). Anthropometric and hormonal risk factors for male breast cancer: Male breast cancer pooling project results. *Journal of the National Cancer Institute*, 106(3), 1-11. doi: 10.1093/jnci/djt465
- Brinton, L. A., Carreon, J. D., Gierach, G. L., McGlynn, K. A., & Gridley, G. (2010). Etiologic factors for male breast cancer in the U.S veterans affairs medical care system database. *Breast Cancer Research and Treatment*, 119(1), 185-192. doi: 10.1007/s10549-009-0379-0
- Bullington, J. (2007). *Psykosomatik: om kropp, själ och meningsskapande*. Lund: Studentlitteratur.
- Bunkley, D. T., Robinson, J. D., Bennett, N. E., & Gordon, S. (2000). Breast cancer in men: emasculation by association?. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 7(2), 91-97.
- Cancerfonden. (2014). *Om cancer*. Hämtad 27 oktober, 2014, från Cancerfonden, <http://www.cancerfonden.se/sv/Om-Cancerfonden/Fragor-och-svar/Vanliga-fragor-om-cancer/>
- Clarke, S., Booth, L., Velikova, G., & Hewison, J. (2006). Social support: gender differences in cancer patients in the United Kingdom. *Cancer Nursing*, 29(1), 66-72.

- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling* (5. omarb. och utök. uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Degerfält, J., Moegelin, I-M., & Sharp, L. (2009). *Strålbehandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Donovan, T., & Flynn, M. (2007). What makes a man a man? The lived experience of male breast cancer. *Cancer Nursing*, 30(6), 464-470.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Fentiman, I. S., Fourquet, A., & Hortobagyi, G. N. (2006). Male breast cancer. *The Lancet*, 367(9510), 595-604. doi:10.1016/S0140-6736(06)68226-3
- France, L., Michie, P., Barret-Lee, P., Brain, K., Harper, P., & Gray, J. (2000). Male cancer: a qualitative study of male breast cancer. *The Breast*, 9(6) 343-348. doi: 10.1054/brst.2000.0173
- Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.133-144) Lund: Studentlitteratur.
- Gómez-Raposo, C., Zambrana Tévar, F., Sereno Moyano, M., López Gómez, M., & Casado, E. (2010). Male breast cancer. *Cancer Treatment Reviews*, 36(6), 451-457. doi:10.1016/j.ctrv.2010.02.002
- Hassan, Z., & Hassan M. (2003). Cancer och cancerbehandling igår och idag. I: M. Hassan & P. Ljungman. *Cytostatika*. (s.9-28). Stockholm:Liber.
- Husserl, E. (1970). *The crisis of the european sciences and transcendental phenomenology*. Evanston: North Western University Press. (Original work published 1939)
- Iredale, R., Brain, K., Williams, B., France, E., & Gray, J. (2006). The experiences of men with breast cancer in the United Kingdom. *European Journal of Cancer*, 42(3), 334-341.
- Iredale, R., Williams, B., Brain, K., France, E., & Gray, J. (2007). Men's health. The information needs of men with breast cancer. *British Journal of Nursing*, 16(9), 540-544.

- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kowalski, C., Steffen, P., Ernstmann, N., Wuerstlein, R., Harbeck, N., & Pfaff, H., (2012). Health-related quality of life in male breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment*, 133(2), 753-757. doi: 10.1007/s10549-012-1970-3
- Kvinnsländ, S. (2003). Bröstcancer (Cancer mammae) I A. M. Reitan & T. Kr. Schölberg. (Red.), *Onkologisk omvårdnad. Patient-Problem-Åtgärd* (s. 310-317). Stockholm: Liber.
- Landmark, B.T., & Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 112-121.
- Lindsey, H. (2013). Most Men with Localized Breast Cancer Undergo Mastectomy Rather than Breast-Conserving Therapy. *Oncology Times*, 35(23), 18-20.
- Mattarella, A. (2010). Breast cancer in men. *Radiologic Technology*, 81(4), 361-378.
- Merleau-Ponty, M. (1997). *Kroppens fenomenologi*. (W. Fovet, övers.). Göteborg: Daidalos. (Originalarbete publicerat 1945)
- Moynihan, C. (2002). Men, women, gender and cancer. *European Journal of Cancer Care*, 11(3), 166-172.
- Myklebust Sörensen, E., & Almås, H. (2011). Omvårdnad vid bröstcancer I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk omvårdnad 2* (s. 401-432). Stockholm: Liber.
- Nationellt vårdprogram för omvårdnad vid bröstcancer. (2013). Hämtad 3 oktober, 2014, från Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland, [http://www.swebcg.se/Files/Docs/OmvardnadVidBrostcancer2013_SlutgiltigVersion2013-08-22\[1\].pdf](http://www.swebcg.se/Files/Docs/OmvardnadVidBrostcancer2013_SlutgiltigVersion2013-08-22[1].pdf)
- Naymark, P. (2006). Male breast cancer: incompatible and incomparable. *Journal of Mens Health and Gender*, 3(2), 160-165.
- Pemmaraju, N., Munsell, M., Hortobagyi, G., & Giordano, S. (2011). Retrospective review of male breast cancer patients: analysis of tamoxifen-related side-effects. *Annals of Oncology*, 23(6) 1471-1474. doi:10.1093/annonc/mdr459
- Perkins, G. H., & Middleton, L. P. (2003). Breast cancer in men: treatment is based on results extrapolated from trials for women with breast cancer. *British Medical Journal*, 327, 239-240.
- Pituskin, E., Williams, B., Au, H.J., & Martin-McDonald, K. (2007). Experiences of men with breast cancer: A qualitative study. *The Journal of Men's Health & Gender*, 4(1) 44-51.

- Reitan, A. M. (2003). Kris och coping I A. M. Reitan & T. Kr. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad* (s. 45-62). (L. Jones, övers.). Stockholm: Liber. (Originalarbete publicerat 2000)
- Rosén, M., (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 430-444). Lund: Studentlitteratur.
- Rushton, M., Kwong, A., Visram, H., Graham, N., Petrcich, W., & Dent, S. (2014). Treatment outcomes for male breast cancer: a single-centre retrospective case-control study. *Current Oncology*, 21(3), e400-7. doi:10.3747/co.21.1730
- Sánchez, F. J., Bocklandt, S., & Vilain, E. (2013). The relationship between help-seeking attitudes and masculine norms among monozygotic male twins discordant for sexual orientation. *Health Psychology*, 32(1), 52-56. doi:10.1037/a0029529
- Socialstyrelsen. (2013). *Cancer i siffror 2013*. Hämtad 6 oktober, 2014, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19108/2013-6-5.pdf>
- Steele, W. (2009). A genderless cancer. *Nursing Standard*, 23(44), 26-27.
- Svenska Bröstcancergruppen. (2013). Nationella riktlinjer för behandling av bröstcancer. Hämtad 2 oktober, 2014, från Svenska Bröstcancergruppen, <http://www.swebcgs.se/index.asp?P=NatRikt>
- Tamoxifen ® (2014). I *FASS.se*. Hämtad 27 oktober, 2014, från <http://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=19860829000074>
- Tighe, M., Molassiotis, A., Morris, J., & Richardson, J. (2011). Coping, meaning and symptom experience: A narrative approach to the overwhelming impacts of breast cancer in the first year following diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(3), 226-232. doi:10.1016/j.ejon.2011.03.004
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 484-496). Lund: Studentlitteratur.
- Wenger, L. M., & Oliffe, J.L. (2014). Men managing cancer: a gender analysis. *Sociology of Health & Illness*, 36(1), 108-122. doi: 10.1111/1467-9566.12045.
- Wenger, L. M. (2013). 'Living under assault': men making sense of cancer. *European Journal of Cancer Care*, 22(3), 389-399. doi:10.1111/ecc.12042.
- Östlund, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg. (Red.) *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat. Se bilaga 2.
Cinahl	Headings: psychosocial AND breast neoplasms, male	18	Peer reviewed	6	4	1) Andrykowski, M. (2011). 2) Brain, K., Williams, B., Iredale, R., France, L., & Gray, J. (2006). 3) Donovan, T., & Flynn, M. (2007). 4) Iredale, R., Brain, K., Williams, B., France, E., & Gray, J. (2006).
Cinahl	Headings: Support AND breast neoplasms, male	7	Peer reviewed	1	1	1) Iredale, R., Williams, B., Brain, K., France, E., & Gray, J. (2007).
Pituskin et al. (2007), France et al. (2000), Naymark (2006), Kowalski (2012) hittades via referensförteckningar.						

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land tidskrift	Syfte	Metod (urval, datainsamling, analys)	Resultat
Andrykowski, M.	Physical and mental health status and health behaviours in male breast cancer survivors: a national, population-based case-control study.	2011, USA, Psycho-Oncology	Identifiera nuvarande mental hälsostatus och hälsobeteenden hos män som överlevt bröstcancer.	Kvantitativ metod med enkätstudie från 2009. Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). Urval: 66 män med bröstcancer. Jämfördes med 198 män från samma studie (kontrollgrupp av friska män). De faktorer som jämfördes var mental hälsostatus och hälsobeteenden. Analysmetod: T-test och logistisk regressionsanalys.	Bröstcancergruppen uppgav både sämre psykisk (mental) och fysisk hälsa än kontrollgruppen. Vad det gällde hälsobeteenden var bröstcancergruppen i högre grad drabbade av fetma än kontrollgruppen. Bröstcancergruppen upplevde en lägre grad av tillfredsställelse med livet.
Brain, K., Williams, B., Iredale, R., France, L., & Gray, J.	Psychological distress in men with breast cancer	2006, Storbritannien, Journal of Clinical Oncology.	Att undersöka den psykiska ångestens utbredning hos män med bröstcancer och ångestsbidragande faktorer.	Kvantitativ metod med tvärsnittsforumlär berörande kliniska och demografiska egenskaper och en ångest och depressionskala. Urval: 161 män med bröstcancer. Analys: Deskriptiv statistik, t-test och Pearsons korrelationskoefficient.	23 % rapporterade en hög grad av cancerspecifik ångest. Ångest var kopplat till rädsla, undvikande av coping och ovisshet angående framtiden. En förändrad kroppsbild var kopplat till depressiva symtom.

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (urval, datainsamling, analys)	Resultat
Donovan, T., & Flynn, M.	What makes a man a man? The lived experience of male breast cancer.	2007, Storbritannien, Cancer Nursing.	Att få en förståelse för den ovanliga sjukdomen genom att undersöka de upplevda erfarenheterna.	Kvalitativ fenomenologisk metod med fokus på Husserls livsvärldsansats. Datainsamling: semistrukturerade intervjuer, face-to-face och e-mail kontakt. Urval: fem män med bröstcancer från Storbritannien. Tio deltagare utanför Storbritannien intervjuades via e-mail. Analys: van Manens teori.	Teman: 4 huvudteman och 16 subteman. Huvudteman: Maskulinitetens sammanhang, manlig bröstcancers stigma, att förstå manlig bröstcancer och att interagera med vårdverksamheter. Varje tema står för sin specifika del i upplevelsorna men på många sätt så påverkar de olika teman varandra.
France, L., Michie, S., Barrett-Lee, P., Brain, K., Harper, P., & Gray, J.	Male cancer: a qualitative study of male breast cancer.	2000, Storbritannien, The Breast.	Få insikt i de psykologiska och sociala konsekvenserna av en bröstcancerdiagnos för en man	Kvalitativ metod. Datainsamling: djupintervjuer. Urval: 6 män med bröstcancer som genomgått strålbehandling och/eller cellgifter. Analys: innehållsanalys.	I resultatet identifierades det sju kategorier som handlar om hur männen hanterar och finner mening i sina diagnoser. Dessa teman var: Kroppsbild, fördröjd diagnos, stigma, chock, faktorer som orsakade cancer, emotionellt stöd och anskaffning av information.

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (urval, datainsamling, analys)	Resultat
Iredale, R., Brain, K., Williams, B., France, E., & Gray, J.	The experiences of men with breast cancer in the United Kingdom	2006, Storbritannien, European Journal of Cancer.	Att undersöka män upplevelser av bröstcancer i Storbritannien.	Multi-fas studie i fyra delar. Urval: Datainsamling: Fas 1: Fokusgrupper. Fas 2: enkäter. Fas 3: Uppföljande intervjuer. Fas 4: Återkoppling till fokusgrupperna.	Fas 2, 3 och redovisas i resultatet. Fas 1 redovisas i en annan studie. Teman som visades var: Diagnos och avslöjande, informationsbehov (kommande resultat nedan) stöd och att öka medvetenheten.
Iredale, R., Williams, B., Brain, K., France, E., & Gray, J.	The information needs of men with breast cancer.	2007, Storbritannien, British Journal of Nursing.	Att rapportera mäns uppfattning av deras informationsbehov vid bröstcancer och hur sjukvårdens insatser bäst kan möta dessa.	Mixad metod, retrospektiv studie. (del av Iredale et al. 2006). Datainsamling: tvärsnittsenkät och intervjuer. Urval: Enkäter: 161 män med bröstcancer. Intervjuer: 30 av de män som besvarat enkäten. Statistisk analys: Deskriptiv, SPSS-programmet (Statistical Package for the Social Sciences) Kvalitativ analys där teman framkom genom diskussion.	91 % hade mottagit verbal information om bröstcancer. 71 % fick information i form av broschyrer och 22 % uppgav att de erhållit webbaserad information men endast 13 % hade fått se ett foto på ett mastektomiärr. I intervjuerna framkom följande teman: Mottagen information, uppfattningen av informationen och könsspecifik information.

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (urval, datainsamling, analys)	Resultat
Kowalski, C., Steffen, P., Ernstmann, N., Wuerstlein, R., Harbeck, N., & Pfaff, H.	Health-related quality of life in male breast cancer patients.	2012, Tyskland, Breast Cancer Research and Treatment	Att undersöka hälso-relaterad livskvalitet hos manliga bröstcancer-patienter.	Kvantitativ metod med enkätformulär. 84 män deltog. Urvalskriterier: - Genomgjort kirurgisk behandling för nydiagnostiserad bröstcancer - Minst en malign tumör - Minst en post-operativ histologisk bedömning. Analysmetoden bestod av t-test och regressions analys.	De manliga bröstcancerpatienterna mätte högre grad av hälsorelaterad livskvalitet än de kvinnliga bröstcancerpatienterna, men fick lägre poäng på den hälsorelaterade livskvalitetsskalan än män utan bröstcancer.
Naymark, P.	Male breast cancer: incompatible and incomparable	2006, Australien, England, USA, Journal of Men's Health and Gender.	Undersöka mäns upplevelse av: Stöd information, behandlingsalternativ och forskningsinsatser vid bröstcancer.	Kvalitativ metod med djupintervjuer med sex manliga bröstcancerpatienter och fem ur vårdpersonalen på en bröstcancerklinik.	Det framkom att vårdpersonalen upplevde skillnader mellan män och kvinnor gällande behandling, forskning och vården som erbjöds. I intervjuerna men männen framkom det hinder för dem att söka vård och få tillgång till sjukvård. Dessa var förutom maskulinitet: insatser mot ökad medvetenhet som inte varit tillräckliga, könsmissiga antaganden om beteenden och behov, otillräckliga informationskällor och olämpliga stödtjänster.

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (urval, datainsamling, analys)	Resultat
Pituskin, E., Williams, B., Au, H-J., & Martin-McDonald, K.	Experiences of men with breast cancer: a qualitative study.	2007, Kanada, Journal of Men's Health and Gender	Att beskriva upplevelserna hos ett urval av kanadensiska män med bröstcancer.	Kvalitativ metod. Data insamling: ostrukturerade (ljudinspelade) intervjuer. Urval: 20 män med bröstcancer. Analys: genom att ta bort det intervjuaren sagt, irrelevanta ord och fraser för att få en s.k. "Core story", kärnan i historien.	Deltagarna upplevde oro till följd av en okunskap angående manlig bröstcancer, både i samhället och hos sjukvården. Stress upplevdes av många män relaterat till förändrad kroppsbild och själva cancerdiagnosen. Ett stort bekymmer hos deltagarna visade sig vara brist på information riktad specifikt till män.