



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 341

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9887

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 91

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

De få blå – menn med brystkreft

The few blue – men with breast cancer

Kandidatnummer: 341

Sjuepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

22.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel: De få blå – menn med brystkreft

Bakgrunn: Brystkreft er en sjelden sykdom hos menn, hvor de utgjør ca. 1% av alle brystkrefttilfeller. Forskningen er begrenset og det blir derfor vanskelig for sykepleiere å vite hvordan denne pasientgruppen kan støttes på best mulig måte.

Hensikt: Oppgavens hensikt er å se på hvilke ulike måter sykepleiere kan støtte menn med brystkreft, og viktigheten av dette for at de skal oppnå mestring over eget liv.

Problemstilling: ”Hvordan kan sykepleiere støtte menn som er rammet av brystkreft?”

Metode: Dette er en litteraturstudie som tar utgangspunkt i fem forskningsartikler. Disse blir sett i sammenheng med annen aktuell teori på området.

Resultat: Funnene viser at pårørende, og spesielt partner, er viktige støttespillere. Mange av pasientene savner konkret informasjon som er relatert til menn, og de ønsker å bli tildelt skriftlige brosjyrer som inkluderer begge kjønn. Noen få menn ønsker å delta i støttegrupper, men flesteparten ønsker ikke det. Flere er derimot interessert i å kun snakke med én annen mann med brystkreft.

Konklusjon: Sykepleiere kan støtte denne pasientgruppen på flere måter. Inkludering av de viktige pårørende må være en prioritert oppgave for sykepleiere. Det samme gjelder videreformidling av informasjon som så godt som mulig skal relateres spesifikt mot menn. Skriftlig informasjon bør inkludere mennene i de brosjyrene som er laget for kvinner. Å snakke med andre i samme situasjon kan også være nyttig. Støttegrupper kan være et godt alternativ, men samtaler på to og to viser seg å være av større interesse. Åpenhet og motivasjon fra sykepleiere rundt dette kan bidra til både støtte og mestring. Mer forskning på dette området vil gi en bredere kunnskap om hva som er viktig å tenke på i møte med mannlige brystkreftpasienter.

Nøkkelord: Brystkreft, menn, støtte, sykepleie

Abstract

Title: The few blue – men with breast cancer

Background: Breast cancer is a rare disease in men, where they account for approximately 1% of all breast cancer cases. Due to the limited amount of research on the subject it is difficult for nurses to know the best way to treat and care for this patient group.

Aim: The purpose of the assignment is to look at the different ways nurses can support men with breast cancer, and the importance of this for them to achieve control over their own lives.

Research question: "How can nurses support men affected by breast cancer?"

Method: This is a literature study that is based on five research articles. These are seen in the context of other relevant literature in the field.

Results: The findings show that relatives, and especially partners, are important supporters. Many of the patients are missing specific information related to men, and they want to be provided with written brochures that include both genders. A few men want to join support groups, but most do not. On the other hand, several are interested in talking one on one with another man affected by breast cancer.

Conclusion: There are several ways nurses can support this patient group. Inclusion of the key relatives must be a priority task for nurses. The same applies to the dissemination of information that should as far as possible be specified to men. Written information should include men in the brochures designed for women. Talking to others in the same situation can also be helpful. Support groups can be a good alternative, but one on one conversations prove to be of greater interest. Openness and motivation from nurses around this can contribute to better support and coping. More research on this subject will provide a broader insight into what is important to think of when dealing with male breast cancer patients.

Keywords: Breast cancer, men, support, nursing

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Hensikt og problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing og presisering	2
1.4 Disposisjon.....	3
2.0 Teori	4
2.1 Kreft	4
2.2 Brystkreft	4
2.3 Støtte	5
2.3.1 Pårørende	6
2.3.2 Informasjon	6
2.3.3 Støttegrupper og møte med andre i samme situasjon	7
2.4 Mestring	7
2.4.1 Lazarus og Folkmans mestringsmodell	7
2.5 Sykepleiefaglig perspektiv.....	8
3.0 Metode	10
3.1 Metoder og forskningsdesign.....	10
3.2 Litteraturstudie som metode	10
3.3 Søk og søkehistorikk.....	10
3.4 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	11
3.5 Metodekritikk.....	11
3.5.1 Kritisk vurdering av artiklene	11
3.5.2 Kritisk vurdering av egen oppgave.....	12
3.6 Etiske overveielser	12
4.0 Resultat	13
4.1 Sammendrag av hver artikkel	13
4.2 Samlet analyse	16
4.2.1 Pårørende	16
4.2.2 Informasjon	16
4.2.3 Støttegrupper og møte med andre i samme situasjon	17

5.0 Diskusjon	18
5.1 Pårørende er viktige støttespillere.....	18
5.2 God og riktig informasjon fra sykepleiere er essensielt.....	20
5.3 Tilhørighet til andre i samme situasjon kan virke positivt.....	23
6.0 Konklusjon	27
7.0 Referanseliste.....	28
Vedlegg 1: PICO	32
Vedlegg 2: Søkehistorikk.....	32
Vedlegg 3: Litteraturmatrise	34

1.0 Innledning

Brystkreft assosieres av veldig mange som en "kvinnesykdom". Denne kreftformen er blant de hyppigst forekomne i Norge. Med sine 3596 nye tilfeller i 2018, var kun 28 av disse menn, noe som vil si at de utgjør mindre enn 1% av alle tilfellene. Behandlingsmulighetene har blitt flere og bedre, noe som også fører til at flere overlever denne sykdommen i dag sammenlignet med tidligere. Samtidig viser prosentandelen av overlevende menn seg å være noe lavere enn hos kvinner (Kreftregisteret, 2020).

Den rosa sløyfa som representerer brystkreftforeningen, og som spesielt kommer til syne i hele oktober (Brystkreftforeningen, u.å.e.), kan være med på å bygge opp om at menn blir ekskludert fra sykdommen. Dette blir eksponert både fra media og fra befolkningen generelt. Samtidig er det også få studier som retter sin oppmerksomhet mot menn som blir rammet av brystkreft. En grunn til dette kan være det betydelige lavere antallet diagnostiserte. De studiene som finnes fokuserer mest på selve sykdommens patologi, og ikke på hvordan menn selv opplever å leve med det (Cutrone, Segna & Baron, 2018, s. 415). Dette kan sette helsepersonell, og deriblant sykepleiere, i dårligere stand til å ivareta de individuelle behovene til nettopp denne pasientgruppen.

De yrkesetiske retningslinjene slår fast at sykepleiere skal fremme håp, mestring og mot til å leve hos pasienten, og at dette skal gjøres i form av helhetlig omsorg. Pasientens integritet skal respekteres, og pasienten skal ha mulighet for selvbestemmelse i behandlingsforløpet ved at de får tilstrekkelig informasjon som er tilpasset den enkeltes behov. Denne informasjonen må sykepleiere også forsikre seg om er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Informasjon til pasienter er også lovpålagt i helsepersonelloven §10 (1999). Det samme er retten til brukermedvirkning og rett på informasjon i pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 og §3-2 (1999). Det er derfor vesentlig at brystkreft tar utgangspunkt i begge kjønn, noe som også forutsetter at forskningen må rettes denne veien. Slik kan menn få de samme forutsetningene for den gode omsorgen i sykdomsforløpet.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Da jeg selv var i praksis på kreftavdelingen møtte jeg mange brystkreftpasienter, og 99 prosent var kvinner. Den ene dagen jeg kom på jobb, og jeg så det var innlagt en mann med brystkreft, stilte jeg spørsmål ved dette. Jeg var ikke engang klar over at det var mulig. Videre begynte jeg da å tenke på; er menn klar over at de kan få brystkreft, og er det mer stigma

rundt en mann som får brystkreft i forhold til en kvinne som får det? Får de den støtten de trenger for å kunne mestre sykdommen og hverdagen som denne medbringer? Dette, sammen med det faktum at det er en så sjelden sykdom med lite forskning på både behandling og livskvalitet, (Gucalp et al., 2019, s. 37), er bakgrunnen for at jeg har valgt dette temaet.

1.2 Hensikt og problemstilling

Det jeg i all hovedsak vil undersøke er hvordan god støtte fra sykepleiere kan bidra til at menn med brystkreft oppnår mestring over eget liv. Ut fra dette har jeg valgt meg følgende problemstilling for oppgaven: **”Hvordan kan sykepleiere støtte menn som er rammet av brystkreft?”**

1.3 Avgrensning og presisering

De aller fleste menn er over 60 år når de får diagnosen, men de kan også være yngre (Brystkreftforeningen, u.å.a.). Denne studien inkluderer av den grunn alle menn over 18 år, for å få med alt som er av relevans. Siden dette er et tema med lite forskning vil oppgaven omhandle både de som er syke, og de som har overlevd, og som eventuelt er kreftfrie, da den allerede eksisterende forskningen har vektlagt alle aspektene i sine studier.

Jeg vil fokusere på hvordan sykepleiere kan støtte menn med brystkreft på en slik måte at de kan oppnå mestring i hverdagen. Ut ifra dette velger jeg å ta utgangspunkt i Renolen sin beskrivelse av støtte i tre ulike former; privat støtte, profesjonell støtte og likemannsstøtte (Renolen, 2015, s. 196). Igjen, grunnet mangel på forskning, blir den i større grad sett i sammenheng med teori innenfor disse områdene. Jeg vil se på hvor viktige pårørende er for pasienten og finne ut om støttegrupper og møte med andre menn med brystkreft er en viktig faktor. Dette vil videre ta utgangspunkt i teori i forhold til hvordan sykepleiere kan involvere pårørende på en god måte og eventuelt legge praktisk til rette for møte med andre. Jeg ser også på hvordan sykepleiere kan gi tilfredsstillende informasjon til pasientene. Dette blir et større fokusområde i oppgaven, da det er her sykepleieren er mest involvert, samtidig som det inngår i de to andre støtteformene jeg skriver om.

1.4 Disposisjon

Denne litteraturstudien er bygd opp i ulike deler: Innledning, teori, metode, resultat og drøfting. Teorien består av temaer som er relevante for problemstillingen. Metoden inneholder begrunnelse for metodevalget og fremgangsmåte for litteratursøk. Resultatdelen gir en oversikt over de inkluderte artiklene, etterfulgt av en samlet analyse etter tema, og drøftingen vil kombinere disse resultatene sammen med teorien. Jeg har også valgt å belyse oppgaven med mestringsmodellen til Lazarus og Folkman og Benner og Wrubels sykepleieteori. Hele oppgaven avsluttes med en konklusjon. Relevante vedlegg legges til helt til slutt.

2.0 Teori

2.1 Kreft

Kreft er en samlebetegnelse på flere ulike sykdommer som kan ramme alle organene i kroppen. Felles for disse sykdommene er at det forekommer ukontrollert celledeling grunnet en genfeil i den opprinnelige cellen. Når disse cellene får sjansen til å formere seg videre oppstår det til slutt en kreftsvulst som er behandlingstrengende (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398 & 399). Det som kjennetegner en ondartet, malign tumor, fra en godartet, benign tumor, er at det i tillegg til ukontrollert celledeling, vil ha mulighet for å vokse inn i omkringliggende vev. Det er også en sjanse for spredning, også kalt metastasering, til andre organer via blodbanen, lymfebanen og andre hulrom (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2017, s. 130-131).

2.2 Brystkreft

Brystkreft er når den ondartede svulsten oppstår i brystkjertelen (Sørensen, Lorvik, Erntsen & Almås, 2016, s. 438). Brystkreft kan deles inn i to hovedtyper; den duktale, hvor kreftcellene utgår fra gangkjertelepotelet, og den lobulære, hvor de utgår fra kjertelepotelet (Thune, 2017, s. 463). Eneste kjente årsak til sykdommen er spesifikke genforandringer, men det er flere kjente faktorer som er med på å disponere for den, blant annet kvinnelig kjønn, økende alder, røyking, overvekt og gener. Det første symptomet er gjerne en følbart kul i brystet eller i armhulen. Senere forekommer symptomer som vanskeliggrodd sår, inndragning av huden, hudforandringer, væske fra brystvorten som enten er klar eller blodblandet, tykkere hud og størrelsesforandringer (Sørensen et al., 2016, s. 438).

Siden mannlig brystkreft er så lite utbredt som det er, finnes det også lite forskning på årsakssammenhenger og behandlingalternativer som er spesifikt for menn. Noe er derimot forsket på, og det pekes på at det er klare forskjeller på menn og kvinner som får denne sykdommen. Det er vist at det første kliniske tegnet på brystkreft hos menn er tilbaketrekning av brystvorta og en følbart kul i brystet. Spesielt for det mannlige kjønn er også at de, nesten utelukkende, har positive hormonreseptorer, både for østrogen, progesteron og androgen/testosteron. I forhold til brystkreftgenene BRCA1 og BRCA2, gir sistnevnte en betydelig høyere risiko for utvikling av brystkreft hos menn (Gucalp et al., 2019, s. 38 & 39).

Behandlingsformene for brystkreft er flere, og menn behandles fortrinnsvis på samme måte som kvinner (Brystkreftforeningen, u.å.a.). På et tidlig stadium trekkes gjerne frem fire behandlingsmuligheter som brukes hos menn; kirurgi, strålebehandling, cytostatikabehandling og endokrin behandling. Det er også vanligere at menn gjennomgår en mastektomi, som er en delvis eller totalt kirurgisk fjerning av brystet, sammen med strålebehandling siden de ofte diagnostiseres senere enn kvinner (Gucalp et al., 2019, s. 41). Hos menn er det mer vanlig å fjerne hele brystet sammenlignet med hos kvinner (Sørensen et al., 2016, s. 442). Når kreften har spredt seg til andre organer er det ifølge forskningen fra Guçalp et al. vist at endokrin terapi, med tamoxifen, er førstevalget (2019, s. 41).

2.3 Støtte

Å støtte en annen person vil si å hjelpe til for å realisere et mål, og dette kan gjøres på flere ulike måter. Det kan være å engasjere seg i den andre personens liv og å være tilstede med en interessert, positiv og oppmuntrende holdning, både verbalt og nonverbalt. Målet er at pasienten skal føle seg tryggere i situasjonen slik at selvstendighet og mestring kan oppnås (Kristoffersen, 2016b, s. 386). Ifølge Reitan kan støtte også sees på som en måte å samhandle med pasienten eller å gjøre noe for pasienten, og at emosjonell, kognitiv og praktisk støtte må inkluderes i arbeidet (Reitan, 2017b, s. 92).

Renolen skriver om og skiller mellom tre ulike former for støtte i krisesituasjoner, som ikke er så ulikt Reitan sin beskrivelse. De tre formene er privat støtte, profesjonell støtte og likemannsstøtte. Privat støtte blir som oftest ivaretatt av pasientens pårørende, både familie, venner og kollegaer. De bryr seg om vedkommende og gir omsorg og trøst på bakgrunn av den gode relasjonen. De har ofte ingen erfaring med sykdommen selv, så og gi støtte til disse er også en svært viktig oppgave for helsevesenet. Profesjonell støtte gis av helsepersonell. De kan gi trygghet ved å formidle den kunnskapen og kompetansen de har. Den ofte travle hverdagen i helseinstitusjoner må tas i betraktning, samtidig som også de gjerne heller ikke har noen personlig erfaring. Likemannsstøtte kjennetegnes ved at omsorgen gis av andre personer som har samme erfaring som pasienten selv. Dette kan være alt fra medpasienter, støttegrupper og pasientforeninger. De har en viktig rolle som kilde til informasjon og personlig støtte til mestring (Renolen, 2015, s. 196).

2.3.1 Pårørende

Sykepleiere må se på pårørende som en ressurs og ikke undervurdere den kunnskapen de har. De kjenner gjerne pasienten godt, og kan komme med gode innspill om pasientens ønsker og interesser. Involvering av de nærmeste kan derfor være av stor betydning. Det er imidlertid viktig å tenke på det også kan gå i motsatt retning (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s 112). God informasjon om pasientens tilstand og situasjon er viktig i denne prosessen, samt informasjon om tilbud som finnes til de pårørende selv (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 47). Dette er også lovpålagt i pasient- og brukerrettighetsloven §3-3 (1999), hvor det presiseres at pasientens nærmeste, etter pasientens samtykke, skal få informasjon om helsetilstand og iverksatte tiltak. Mange pårørende kan også selv ha behov for støtte når en av deres nærmeste er rammet av sykdom. Dette kan sykepleiere gjøre på flere måter, blant annet ved å hilse vennlig, legge til rette for et fint besøk eller å ha en lengere dialog om hvordan de har det (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 46).

2.3.2 Informasjon

Å gi informasjon til pasienter er hjemlet i helsepersonelloven §10 (1999). Denne informasjonen skal ifølge de yrkesetiske retningslinjene være individuelt tilpasset den enkeltes behov, og sykepleiere må være sikre på at den gitte informasjonen er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Det er pasientens egne behov, ønsker og problemer som skal være utgangspunktet for informasjonen som gis (Reitan, 2017a, s. 112). I denne oppgaven relaterer dette seg til mannlige brystkreftpasienter. Et viktig mål er at informasjonen som blir gitt til skal være med på å øke egen mestring over eget liv. Da vil det være nødvendig å gi relevant informasjon på en slik måte at den blir oppfattet av vedkommende som nyttig. Sykepleieren må finne ut hva han trenger å vite mer om, lage et godt oppsett for samtalen og gå inn i denne samtalen på en måte som fremmer samhandling og dialog.

Like viktig er det å vite når informasjonen skal gis og hvor mye som skal gis på det aktuelle tidspunktet (Eide, 2017, s. 217-219). Informasjonen kan formidles både muntlig og skriftlig, hvor en kombinasjon av begge deler har vist seg å være gunstig for mange pasienter (Kristoffersen, 2016b, s. 398).

For å kunne gi informasjon på en profesjonell måte er det også nødvendig å være bevisst på hvordan en selv kommuniserer. Kommunikasjon kan være både verbal og nonverbal, og begge disse kommunikasjonsformene er viktig i en samtale med pasienter (Eide & Eide, 2017, s. 17). Fokuset bør hele tiden være på pasienten slik at kommunikasjonen blir

personorientert. Her er det flere elementer som er viktig, blant annet å lytte aktivt, finne ut ved hjelp av både verbal og nonverbale tegn hva som er viktig for den enkelte, være støttende og gi informasjon på en måte slik at den blir forstått og videre kan bidra til selvbestemmelse (Eide & Eide, 2017, s. 33).

2.3.3 Støttegrupper og møte med andre i samme situasjon

En av sykepleierens oppgaver i møte med pasienter er å legge til rette for å ta kontakt med den aktuelle pasientforeningen og til å delta i andre ulike frivillige tilbud (Reitan, 2017b, s. 99). Brystkreftforeningen i Norge tilbyr blant annet ”likepersonstjenesten”, hvor du kan få snakke med en som har samme sykdom, enten på telefon eller ved å planlegge et møte (Brystkreftforeningen, u.å.c.). Støttegrupper er også noe som kan være til hjelp for mange, hvor pasienter med samme sykdom og erfaring, møtes for å støtte hverandre (Renolen, 2015, s. 176). Antall pasienter i gruppen er gjerne mellom ti og femten slik at alle kan få sjansen til å prate. Det skal være komfortabelt å være der, og alle skal føle seg trygge på at det som blir sagt, ikke blir sagt videre av de andre i gruppen. Møtene holdes gjerne jevnlig for å oppnå kontinuitet, ofte en gang i uken (Visel, 2006, s. 123).

2.4 Mestring

Mestring er et begrep som kan ha flere ulike forklaringer. Ifølge Renolen (2015) kan det sees på som en måte å takle de situasjonene som oppstår i hverdagen og som påvirker oss i negativ retning (s. 166). En av de flere forklaringene på mestring er modellen til Lazarus og Folkman, som videre blir beskrevet under.

2.4.1 Lazarus og Folkmans mestringsmodell

Richard Lazarus har gjennom mange år jobbet med en teori i forhold til stress og mestring, og mye av arbeidet har også Susan Folkman vært med på (Kristoffersen, 2016a, s. 247). De setter fokus på at det er en sammenheng mellom stress, følelser og mestring, og at disse må sees på som en helhet. Alle har sin plass i vårt handlingsmønster, og sier noe om hvordan vi vil reagere i en situasjon (Lazarus, 2006, s. 55). Lazarus og Folkman (1984) definerer, på følgende måte, at mestring er: ”(..) constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage spesific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” (s. 141).

Teorien går ut på at mestring har to hovedfunksjoner; problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring. Forskjellen på de to ulike mestringsstrategiene ligger i hvordan problemene løses. Ved problemorientert mestring vil man prøve å løse problemet på en reflektert og hensiktsmessig måte, eksempelvis ved å analysere årsaker, få mer kunnskap ved å søke veiledning og støtte og å ta initiativ til å gjøre noe med den aktuelle situasjonen. Emosjonelt orientert mestring går derimot mer inn på hvordan man kan redusere de ubehagelige følelsene som problemet fører med seg. Dette kan blant annet være ved å bagatellisere alvoret, bruke humor og ironi, unngå situasjonen, trøstespise eller arbeide usedvanlig hardt (Kristoffersen, 2016a, s. 249-251).

Sett i forhold til brystkreft kan det å få informasjon om sykdommen sin og de ulike behandlingsoalternativene være en form for problemorientert mestring. Ut fra dette kan pasienten ta et selvstendig valg basert på faglig kunnskap. Når en beslutning endelig er tatt, kan pasienten slå seg til ro med det valget, og hindre seg selv i å tenke mer på det. Da tar pasienten i bruk emosjonelt orientert mestring (Lazarus, 2006, s. 145).

2.5 Sykepleiefaglig perspektiv

Patricia Benner og Judith Wrubel er begge professorer ved samme universitet, The University of California (Konsmo, 1995, s. 17). Sammen har de en sykepleieteori som bygger på omsorg, som de mener er det mest essensielle i et menneskes liv. I begrepet omsorg legger de stor vekt på at det ikke bare handler om ”å bry seg om noe eller noen”, men at det like gjerne handler om hva som er betydningsfullt for hver enkelt person, og at dette kan gi opphav til gode mestringsstrategier i en vanskelig situasjon. Dette fører videre til at Benner og Wrubel blant annet ser begrepene stress, mestring, sykdom, helse og velvære i en sammenheng, som påvirker hverandre på både godt og vondt (Kirkevold, 1998, s. 199 & 200).

Sykdom kan føre til stress, som igjen bygger videre på hvordan denne situasjonen kan mestres. Nettopp denne blir definert av Benner og Wrubel ved at: ”Stress er opplevelsen av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Mestring er det man gjør med dette bruddet” (Kirkevold, 1998, s. 203). Dette kan forstås som at det å mestre noe, vil være det samme som å påvirke stresset i en positiv retning, og videre kunne få en følelse av velvære.

Benner og Wrubel har også sett konkret på hvordan det er å få en kreftdiagnose og sett det i sammenheng med disse aspektene. De mener at det går utover pasientens tiltro til seg selv, både mentalt og i forhold til egen kropp. For at kreft skal kunne bearbeides og mestres, må man ha en forståelse av seg selv som helhet, ha et håp om bedring og ha tillit til seg selv som enkeltindivid (Konsmo, 1995, s. 160).

3.0 Metode

Metode er den fremgangsmåten som blir brukt for å innhente kunnskap som kan svare på en problemstilling, og som kan være til hjelp for å etterprøve allerede eksisterende kunnskap (Dalland, 2017, s. 51). Metoden kan både være spesifikk, for eksempel ved bruk av et intervju, eller mindre spesifikk, hvor det er datainnsamlingen som er metoden for studien (Dalland, 2017, s. 54). Problemstillingen må analyseres og vurderes for å få en god forståelse av hva det er som skal undersøkes. Det vil si at det på mange måter er problemstillingen som er rettesnoren for hvilken metode som velges (Thidemann, 2015, s. 76).

3.1 Metoder og forskningsdesign

Kvalitativ metode kjennetegnes ved at det er deltakernes meninger, erfaringer og opplevelser som står i fokus (Dalland, 2017, s. 53). Denne metoden er den mest brukte i denne litteraturstudien da det lettere kan svare på problemstillingen. Kvantitativ metode kjennetegnes ved at resultatene blir fremstilt i form av tall og målbare enheter, og på denne måten kunne se nærmere på årsakssammenhenger (Thidemann, 2015, s. 77 & 78). Ingen ren kvantitativ forskning er inkludert, men det er med i form av metodetriangulering. Det vil si at de to metodene kombineres på ulike måter, enten ved å ta en kvantitativ undersøkelse først og supplere med en kvalitativ undersøkelse, eller motsatt (Thidemann, 2015, s. 79).

3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er skrevet med litteraturstudie som metode. En litteraturstudie innebærer å samle inn allerede eksisterende forskning og teori som er relevant for problemstillingen (Dalland, 2017, s. 207). Deretter skal dette kritisk vurderes og settes sammen til en oppgave som svarer konkret på det problemstillingen spør om (Thidemann, 2015, s. 79-80). De inkluderte studiene må vurderes i forhold til hvilken metode og hvilket forskningsdesign som blir brukt (Thidemann, 2015, s. 77).

3.3 Søk og søkehistorikk

For å kunne gjøre et relevant, systematisert litteratursøk har jeg funnet søkeord, også kalt MeSH- ord, med utgangspunkt i problemstillingen slik at forskningen holdes innenfor de rammene jeg ønsker. I denne prosessen har jeg brukt PICO som hjelpemiddel. Modellen har fire bokstaver, som på engelsk står for patient/problem, intervention, comparison og outcome (Thidemann, 2015, s. 86). De ulike ordene i problemstillingen er plassert inn i denne tabellen

etter hvor de passer inn, se vedlegg 1. Jeg søkte i følgende databaser: Cinahl, Cochrane Library, Embase, Medline og SveMed+, hvor kun tre av de ga relevante resultat. Søkeordene jeg prøvde meg frem med var ”male breast cancer”, ”male breast neoplasms”, ”support”, ”information”, ”support groups”, ”coping”, ”nursing” og ”nursing care” hvorav alle stort sett ga de samme resultatene. Jeg har derfor ikke brukt alle i søkehistorikken, men kun fokusert på noen av dem. Dette kommer frem i vedlegg 2.

3.4 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inkluderte studier omhandler menn over 18 år, som enten har eller har hatt brystkreft. Både nordiske og engelskspråklige artikler har vært av relevans. Hovedfokuset har vært på kvalitative forskningsartikler. Da har jeg også tenkt at publiseringsdato ikke er like viktig, og har derfor inkludert de studiene som kan svare på min problemstilling.

Samtidig har jeg valgt bort de relevante studiene som er eldst. Andre studier som har blitt ekskludert fra oppgaven er forskning som tar utgangspunkt i kvinner med brystkreft, da min oppgave kun omhandler menn. Ren kvantitativ forskning har jeg utelukket. Jeg har allikevel inkludert to mixed-method-studier, da jeg føler det kan styrke oppgaven ved at temaet blir belyst av flere metoder.

3.5 Metodekritikk

3.5.1 Kritisk vurdering av artiklene

For å vite om forskningsartiklene var av relevans for min problemstilling, leste jeg gjennom de jeg følte var aktuelle etter å først ha lest abstraktet. Da dannet jeg meg fort en mening om den var aktuell for min studie. I resultatkapitlet har jeg beskrevet hvordan de ulike artiklene har blitt vurdert ved hjelp av en systematisk gjennomgang med sjekklister.

Jeg har brukt sjekklister fra CASP på de kvalitative studiene, samt den kvalitative syntesen, som er hentet fra deres nettsider (Critical Appraisal Skills Programme (u.å.). CASP-modellen er produsert ved universitetet i Oxford av Critical Appraisal Skills Programme, og er et anerkjent verktøy for kritisk vurdering av forskning (Thidemann, 2015, s. 91). Mixed methods appraisal tool (MMAT) er spesielt designet for å blant annet vurdere studier som både inneholder kvalitativ og kvantitativ fremgangsmåte (Hong et al., 2018, s. 1). Denne har jeg da brukt på de to mixed-method-studiene jeg har inkludert.

3.5.2 Kritisk vurdering av egen oppgave

I denne oppgaven har jeg prøvd å benytte meg av nyere litteratur og teori der det er mulig. Sykepleieteorien av Benner og Wrubel, samt teorien om mestring av Lazarus og Folkman, har noe eldre årstall. Jeg tenker disse uansett er relevante da det er deres teori og tolkning, slik den var da de selv utarbeidet den. Jeg har ikke mye erfaring med å søke etter forskningsartikler i ulike databaser, men jeg føler den forskningen jeg har funnet svarer på min problemstilling. Feilkilder her kan forekomme ved at jeg har lest eller tolket feil.

Hovedfokuset har, som tidligere nevnt, vært på kvalitative studier. Ved at det er pasientenes perspektiver som kommer frem føler jeg problemstillingen min blir bedre besvart. En av disse studiene er en kvalitativ syntese. En eventuell feilkilde ved denne kan være at forfatterne kan ha feiltolket og omformulert det opprinnelige innholdet i de studiene de inkluderte i sin artikkel. Jeg også har inkludert to mixed-method studier. Da kommer flere metoder og perspektiver frem, noe jeg føler styrker oppgaven min.

3.6 Ethiske overveielser

Ethiske overveielser i denne sammenhengen vil si å tenke gjennom hvilke etiske dilemmaer som kan oppstå, og eventuelt hva det kan føre til. Dette er spesielt viktig dersom det er andre menneskers meninger og erfaringer som det forskes på, da dette fort kan bli veldig personlig (Dalland, 2017, s. 227). Det er derfor viktig å bygge tillit, hvor frivillighet, anonymitet og informert samtykke er sentrale begreper som må overholdes (Thidemann, 2015, s. 12).

Forskningens mål er å komme frem til ny kunnskap på et område slik at endringer eventuelt kan bli gjort, men dette skal ikke gå på bekostning av informantene. I en litteraturstudie, som denne oppgaven er, blir det viktig å være kritisk til de forskningsartikler som blir funnet. Norsk senter for forskningsdata (NSD) kan være et godt hjelpemiddel her (Dalland, 2017, s. 236). Denne siden har jeg brukt for å sjekke validiteten av tidsskriftene. Alle inkluderte artikler er også godkjent av en eller flere etiske komiteer, ved unntak av den kvalitative syntesen til Quincey, Williamson & Winstanley (2016) som ikke nevner dette. Videre er kildehenvisninger et viktig moment for å overholde akademiske normer (Thidemann, 2015, s. 12). I denne oppgaven har jeg brukt APA (American Psychological Association), versjon 6.

4.0 Resultat

I dette kapitlet blir først alle de inkluderte artiklene presentert med metode og kritisk vurdering. Deretter blir resultatene belyst i en felles analyse etter sentrale temaer. Dette kommer også frem i en litteratormatrise som viser en mer tydelig oversikt over hvordan disse artiklene er bygd opp. Her blir det også presentert forfattere, årstall for utgivelse, hensikt, metode og utvalg, se vedlegg 3.

4.1 Sammendrag av hver artikkel

“The experiences of men with breast cancer in the United Kingdom”

Av: Iredale, R., Brain, K., Williams, B., France, E. & Gray, J. (2006).

Artikkelen av Iredale et al. (2006) er en mixed method studie. Hensikten var å undersøke menns erfaringer med å bli diagnostisert med brystkreft, spesielt ut ifra fire temaer; hvordan det var å få brystkreftdiagnosen, informasjonsbehov, støtte og viktigheten av å sette fokus på at menn også kan få brystkreft. Studien er delt inn i fire deler. Den første delen tar utgangspunkt i menns erfaringer med egen sykdom, hvorav dette ble sammenlignet med kvinner og erfaringer fra ansatte i helsevesenet. Under del to svarte 161 menn på en undersøkelse, som førte videre til del tre hvor 30 av disse igjen ble intervjuet i sitt eget hjem i etterkant for å utdype svarene. Del fire går igjen tilbake til informantene som deltok i del 1, hvor det kommer frem hva som burde bli gjort bedre i fremtiden. Denne studien tar kun for seg resultatene fra del to, tre og fire.

Artikkelen er kritisk vurdert med sjekklisten fra Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Selv om artikkelen er noen år gammel, har jeg valgt å inkludere den grunnet dens relevans. Den tar for seg menns egne erfaringer med sykdommen, som også dermed svarer på min problemstilling og mine undertemaer innenfor støtte. Både den kvalitative og den kvantitative delen av studien er beskrevet godt, og alle resultatene som blir presentert er relevante for å svare på forskningsspørsmålet. Artikkelen er fra Storbritannia, publisert i tidsskriftet ”European Journal of Cancer” og er godkjent av ”the Multicentre Research Ethics Committee for Wales”.

”Social Support of Male Breast Cancer Patients—a Mixed-Methods Analysis”

Av: Midding, E., Halbach, S. M., Kowalski, C, Weber, R, Würstlein, R & Ernstmann, N. (2019).

Studien av Midding et al. (2019) har tatt i bruk både kvantitativ og kvalitativ undersøkelse, og er derfor en mixed method. Hensikten var å undersøke den sosiale støtten menn med brystkreft i Tyskland får, både hvor tilgjengelig den var og hvilke former som ble mest brukt. Utgangspunktet var emosjonell støtte, informasjonsstøtte og praktisk støtte. 100 menn med brystkreft deltok i den kvantitative spørreundersøkelsen, mens 27 menn deltok i et lengere intervju ansikt til ansikt som ble lydinnspilt. Gjennomsnittsalderen til begge gruppene var til sammen 67 år og tidspunkt for diagnosen var i gjennomsnitt på ca. 4 år.

Artikkelen er kritisk vurdert med sjekklisten fra Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Denne artikkelen har jeg inkludert fordi den omhandler støtte i flere former, som også inkluderer mine fokusområder. Den svarer derfor også på min problemstilling om hvordan sykepleiere kan støtte pasientene på flere måter. Den kvalitative og den kvantitative delen er tydelig presentert og resultatene viser til begge metodene hver for seg, og samlet. Artikkelen er fra Tyskland, publisert i tidsskriftet ”American Journal of Men’s Health” og er godkjent av ”the Ethics Committee for Bonn”.

”Marginalised malignancies: A qualitative synthesis of men's accounts of living with breast cancer”

Av: Quincey, K., Williamson, I. & Winstanley, S. (2016)

Artikkelen av Quincey et al. (2016) er en kvalitativ syntese. Hensikten var å undersøke menns erfaringer med å ha brystkreft sett fra et psykologisk perspektiv. Åtte kvalitative studier er inkludert, fra 2000 til 2013. Til sammen er 92 menn med i studien, hvor flere land er presentert og mennene er på ulike sykdomsstadier.

Artikkelen er kritisk vurdert ved hjelp av CASP. Alle de inkluderte studiene bygger opp om forskningsspørsmålet om hvordan menn vil beskrive erfaringene de har med sykdommen. Forfatterne har benyttet seg av flere ulike databaser og har beskrevet metoden nøye. Det kommer frem begrensninger i forhold til at det var lite utvalg av relevante artikler og at noen er fra flere år tilbake, og at endringer derfor kan ha skjedd. Jeg har uansett vurdert denne

artikkelen som relevant for min oppgave, da den presenterer mange sider ved sykdommen som også svarer på min problemstilling. Artikkelen er fra Storbritannia og er publisert i tidsskriftet "Social Science & Medicine". Det nevnes ingen etiske komiteer, men de har gjort et grundig arbeid med artiklene som er tatt i bruk.

"Living with male breast cancer: A qualitative study of men's experiences and care needs"

Av: Nguyen, T.S., Bauer, M., Maass, N. & Kaduszkiewicz, H. (2019)

Nguyen et al. (2019) undersøkte menns erfaring med det å ha brystkreft og rettet søkelyset spesielt mot støttende tiltak. Det er en kvalitativ studie, hvor det ble brukt semistrukturerte telefonintervju som metode. De inkluderte pasientene ble valgt ut fra to forskjellige settinger, noen fra en støttegruppe og noen fra et universitetssykehus. Til sammen var 18 menn med i studien, med en gjennomsnittsalder på 68,5 år.

Artikkelen er kritisk vurdert ved hjelp av CASP. Jeg har valgt å inkludere denne artikkelen da den har et forskningsspørsmål som er relevant for min problemstilling. De begrunner valget av metoden de har brukt ved at det finnes lite forskning på feltet, og at de dermed ønsker å finne ut hva pasientene selv tenker og føler i forhold til sin egen situasjon. Resultatene kommer tydelig frem, hvor også direkte sitater fra informantene underbygger tabellene, og de svarer på det de i utgangspunktet skulle undersøke. Artikkelen er fra Tyskland, publisert i tidsskriftet "Breast Care" og er godkjent av "the Medical Ethics Committee of the Christian Albrecht University Kiel, Germany".

Experiences of men with breast cancer: a qualitative study

Av: Pituskin, E., Williams, B., Au, H. J. & Martin-McDonald, K. (2007)

Pituskin et al. (2007) har utført en kvalitativ studie som har til hensikt å undersøke menns egne erfaringer med å ha brystkreft eller å ha gjennomgått behandling for brystkreft. Studien inkluderer 20 menn som blir intervjuet ansikt til ansikt, med en gjennomsnittsalder på 63 år ved diagnosetidspunktet.

Denne artikkelen har blitt kritisk vurdert ved hjelp av CASP. Den har en hensikt med et problem som blir besvart i resultatene. Metoden er begrunnet godt ved at de vil utforske dette fra et pasientperspektiv. Jeg har vurdert artikkelen som relevant for min problemstilling fordi

den tar for seg både støtte i form av både pårørende og informasjon. Artikkelen er fra Canada, publisert i tidsskriftet ”Journal of Men’s Health and Gender” og det fremkommer at den er godkjent av to relevante etiske komiteer.

4.2 Samlet analyse

4.2.1 Pårørende

Studien til Midding et al. (2019) viser at den mest mottatte støtten er emosjonell, og at den helst kommer fra partner. Andre viktige kilder til emosjonell støtte er familie, nære venner og kollegaer. Artikkelen av Quincey et al. (2016) kom frem til at menn som er gift oftest finner støtte i sin partner, og anser de som viktigste støttekilde. Det samme gjenspeiler seg i resultatene til Iredale et al. (2006), Pituskin et al. (2007) og Nguyen et al. (2019). Forskerne av studien til Quincey et al. (2016) skrev også om hvorvidt pasientene fikk støtte fra resten av familien, noe det viste seg at alle fikk, ved unntak av to menn i en av de inkluderte studiene. Denne støtten var av både psykologisk og praktisk karakter. Praktisk støtte viser seg i artikkelen til Midding et al. (2019) og være den tredje mest brukte. Denne var det partner som oftest sto for, men familien forøvrig stod også sentralt her. Venner spurte ofte om de kunne hjelpe til med noe, men den ble ofte ikke tatt i mot. På jobben ble det ofte tilrettelagt slik at det var mulighet for å jobbe, selv med noen begrensninger. Det fremheves også i denne studien at det er nødvendig at helsevesenet inkluderer de pårørende i prosessen siden det sosiale nettverket viser seg å være så viktig for pasientene.

4.2.2 Informasjon

Midding et al. (2019) kom frem til at informasjon som kilde til støtte kommer som nummer to, etter emosjonell støtte. Dette blir helst ivaretatt av helsetjenesten, som gjerne har litt kjennskap til sykdommen. Resultatene av artikkelen til Iredale et al. (2006) viser at helsevesenet kan støtte menn med brystkreft ved å gi mer presis informasjon relatert til menn. Informantene i denne studien, og i studien til Quincey et al. (2016), savnet mer konkret informasjon om bivirkninger av behandlingen, og noen ønsket å få muligheten til å se et bilde av en mannlig mastektomi, noe de færreste ble tilbudt.

Mer informasjon om bivirkninger og behandlingsalternativer som er rettet mer mot menn kommer også frem i studien til Nguyen et al. (2019), som også finner ut at mye av informasjonen er kvinnefokusert. Forfatterne av artikkelen til Iredale et al. (2006) beskriver at de aller fleste fikk muntlig informasjon på sykehuset, dernest fikk de skriftlig i brosjyrer.

Noen få leste seg opp på internett. De fleste mente at den skriftlige informasjonen burde bli implementert i de allerede eksisterende brosjyrene som finnes for kvinner, og ikke i egne brosjyrer for menn. Studiene av Quincey et al. (2016) og Pituskin et al. (2007) støtter seg bak dette ved at mennene også her ønsket å inkluderes i én felles brosjyre for begge kjønn. De var også enige i, som flere av de andre, at informasjonen som ble gitt ikke var tilpasset menn.

4.2.3 Støttegrupper og møte med andre i samme situasjon

Resultater av artikkelen til Midding et al. (2019) viser at det er viktig at sykepleiere informerer om, og motiverer menn, til å delta i en støttegruppe, spesielt om de er åpne nok til å snakke om sine egne tanker og følelser. Pituskin et al. (2007) konkretiserer også dette ved at blant annet sykepleiere burde bli mer bevisst på å skape et trygt og terapeutisk miljø for pasientene slik at det blir mer ”akseptabelt” for menn og snakke om de følelser og bekymringer de har relatert til sykdommen. De som allerede var med i en støttegruppe i studien til Nguyen et al. (2019) var svært positive til dette og mente det hjalp å få dele erfaringer med andre og å få informasjon om sykdommen. Mennene som ikke var i støttegrupper var mer skeptiske til å delta. To av mennene var også med i støttegrupper som både var for kvinner og menn, og var også positive til det, mens andre var usikre på dette grunnet ulike behov.

Midding et al. (2019) beskriver at de fleste mannlige brystkreftpasientene som hadde kontakt med andre, hadde kontakt med kvinner og ikke menn. Kun 15,3% var med i en støttegruppe, og de aller fleste som ikke var det, ønsket det heller ikke. Det samme gjelder også de fleste inkluderte studiene i syntesen til Quincey et al. (2016), hvor noen ble tilbudt deltakelse, mens andre ikke ble det. Ingen av informantene i studien til Pituskin et al. (2007) ønsket å være med i en støttegruppe, men noen få kunne tenkt seg å snakke med én annen mann i samme situasjon. Det samme gjelder flertallet i studien til Nguyen et al. (2019). Muligheten for en samtale med en annen utenforstående viser seg i resultatene til Iredale et al. (2006) å kunne være til mest hjelp, da det også her kun var et fåtall som var interessert i en støttegruppe. I tillegg viste forskningen at de som hadde høyere sykdomsrelatert stress hadde lavere terskel for å søke støtte fra andre. Quincey et al. (2016) fremhever i sin studie at det er viktig at muligheten for å delta er tilstede, og at møte med andre brystkreftoverlevende menn vil kunne være betydningsfullt for mange, noe som må bli mer vurdert i fremtiden.

5.0 Diskusjon

Som sykepleier til menn med brystkreft er det nødvendig å gi støtte for å hjelpe pasienten til mestring av eget liv (Kristoffersen, 2016b, s. 386). Å se hele mennesket er viktig i dette arbeidet, både ved å respektere pasienten, ivareta hans autonomi og gi god og tilpasset informasjon (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Diskusjonen tar utgangspunkt i de sentrale temaene som går igjen i min oppgave og i den opprinnelige problemstillingen; **”Hvordan kan sykepleiere støtte menn som er rammet av brystkreft?”**

5.1 Pårørende er viktige støttespillere

Pårørende til pasientene blir betegnet som den private støtten (Renolen, 2015, s. 196), og de kan være viktige samarbeidspartnere for sykepleiere. De har et nært forhold til pasienten, og kan kjenne de på en helt annen måte enn hva sykepleiere gjør (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 112). Alle de inkluderte artiklene i denne litteraturstudien fremhever hvor viktig de pårørende er for pasientene i sykdomsprosessen, og spesielt da sin egen partner.

Undervurdering av dette samarbeidet kan derfor gå utover pasienten selv, hvor det som er betydningsfullt for pasienten faller bort. Dette er noe Benner og Wrubel ser på som en viktig mestringsstrategi (Kirkevold, 1998, s. 199 & 200). De tre artiklene av Nguyen et al. (2019), Pituskin et al. (2007) og Iredale et al. (2006), skriver kun kort om dette temaet, og det konkluderes med at partner ofte er den personen de i all hovedsak støtter seg til. En mann siterer det slik i sistnevnte studie: ”My wife was my support – she and I talked about everything.” (Iredale et al., 2006, s. 336).

Dersom viktige verdier i livet blir truet som følger av en oppstått situasjon, som i dette tilfellet er sykdom, vil det i teorien til Lazarus og Folkman kunne oppleves som en trussel (Kristoffersen, 2016a, s. 248). Det samme synspunktet deler også Benner og Wrubel som mener at stress kan oppstå ved tap av det pasienten anser som meningsfullt (Kirkevold, 1998, s. 200). På bakgrunn av dette vil derfor støtte til pårørende også være en viktig oppgave å opprettholde i helsevesenet (Renolen, 2015, s. 196). Dette kan blant annet gjøres ved å være tilstedeværende og vie oppmerksomhet til de når de kommer på besøk (Bøckmann & Kjellebold, 2015, s. 46). De skal bli sett og hørt, og det kan gjerne tilrettelegges for pårørendesamtaler, enten alene eller sammen med pasienten. Pasient- og brukerrettighetsloven §3-3 (1999), poengterer at det også skal tilrettelegges slik at pasientens nærmeste pårørende skal få informasjon om situasjonen, riktignok med samtykke fra

pasienten selv. Det kan tenkes at dette kan bidra til å inkludere de pårørende i pasientens hverdag, noe som både kan være viktig for de og for pasienten selv.

Selv om artiklene i denne studien viser til at pårørende er en viktig kilde til støtte hos mannlige brystkreftpasienter, må sykepleiere allikevel være klar over at det ikke nødvendigvis alltid er slik. De kan ha en annen mening enn pasienten selv, eller de kan rett og slett ikke vite hva pasienten selv føler om situasjonen (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s 112). Mine erfaringer er at de aller fleste pasientene jeg har møtt finner pårørende som en god ressurs i deres hverdag. Mange vil ha de med på samtaler med lege og sykepleier når spesielt vanskelige emner skal tas opp. Flere fremhever også familien sine behov, og forteller gjerne at de er bekymret over hvordan de takler situasjonen. Jeg har til tross for dette også opplevd større eller mindre konflikter mellom pasienten og deres nærmeste, hvor noen også ønsker å ha private samtaler. Dette gjelder begge parter som kan ta initiativ til å snakke om uenigheter de har seg i mellom.

I den kvalitative syntesen til Quincey et al. (2016) beskrives det at to menn i en av studiene, ikke har støttet seg til sin egen familie, men heller håndterte det på egen hånd. Ingen grunner for dette er diskutert i studien. En mulig forklaring kan være at de har funnet sin egen måte å mestre situasjonen på uten hjelp. Lazarus og Folkman mener blant annet at emosjonelt orientert omsorg kan bli tatt i bruk ved å la være å tenke på situasjonen og heller møte hverdagen med aksept for realiteten av det som foregår (Lazarus, 2006, s. 145). Samtidig kan det også hende at de ikke hadde noen nære pårørende som de kunne støtte seg til. Forskning tyder også på at menn ikke snakker om sine følelser så åpent som kvinner gjør, og at dette da kan ligge til grunn. Pituskin et al. (2007) viser til hvor viktig det er at sykepleiere legger miljøet til rette for at samtaler om egne tanker, følelser og bekymringer kan foregå på en trygg måte for pasientene. Det kan da tenkes at menn i større grad åpner seg, og dermed støtter seg mer til andre de har rundt seg. Det viktigste å tenke på her er at det er pasienten som er i fokus, og at pasientens autonomi i form av brukermedvirkning blir ivaretatt i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999).

Det blir ikke konkretisert hvilke andre de ugifte pasientene henvender seg til for støtte, men mye kan tyde på at den øvrige familien, samt nære venner og kollegaer kan være aktuelle, slik det fremkommer i studiene til Quincey et al. (2016) og Midding et al. (2019). Sistnevnte beskriver også praktisk støtte som meningsfull, igjen mest fra partner. Tilrettelegging fra jobb

og kollegaer er også av betydning, men venners tilbud om å hjelpe har gjerne blitt avvist. Jeg tenker dette kan knyttes opp mot samme argumenter som beskrives i forhold til de to mennene i studien til Quincey et al. (2016) som håndterte det på egen hånd. Samtidig kan det også være en forklaring at de ikke ønsker å bry sine venner med slike praktiske ting. Praktisk støtte blir i artikkelen også betegnet som for eksempel reisetransport og hjelp til personlig stell, hvor sistnevnte antakeligvis blir en mer naturlig jobb for partner, kontra venner.

Det finnes også ulike tilbud til kreftpasientenes pårørende, noe det ikke kan forventes at alle vet om. Sykepleiere kan derfor være en viktig videreformidler av denne informasjonen (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 47). Kreftforeningen skriver om dette på sine nettsider, som det derfor også er mulig å henvise videre til. Her beskrives den belastningen det kan være å stå så nær en pasient med kreft, hvor sårt og tungt det kan være og at informasjon fra helsepersonell er en mulighet. Dette kan være generell informasjon, eller mer spesifikk informasjon om pasienten, dersom samtykke fra pasienten er gjort rede for (Kreftforeningen, 2020). Brystkreftforeningen har også listet opp noen aktuelle tilbud til pårørende som kan være verdifulle, deriblant ”temakafé” og møte med en lokal kreftkoordinator (Brystkreftforeningen, u.å.b.).

Siden mannlig brystkreft i tillegg er en så sjelden og lite opplyst sykdom, kan det være enda vanskeligere for enkelte og holde motet oppe. Midding et al. (2019) beskriver, som tidligere nevnt, at familie, venner og kollegaer kan være til god støtte, ved siden av partner, som da er den emosjonelle støtten som også blir brukt og verdsatt aller mest. Siden denne støtten er så verdifull for pasientene, kan det ifølge Benner og Wrubel bidra til å finne viktige holdepunkter for å klare å stå i en vanskelig situasjon, som nettopp det å få og leve med en kreftdiagnose (Kirkevold, 1998, s. 199 & 200). Derfor bør sykepleiere tilstrebe å opprettholde et godt samarbeid mellom pasient, pårørende og helsevesenet (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 54).

5.2 God og riktig informasjon fra sykepleiere er essensielt

Sykepleiere har mye kunnskap som det er viktig å få videreformidlet til pasientene, slik at de kan oppnå mestring. Dette blir da den profesjonelle støtten som pasientene trenger (Renolen, 2015, s. 196). Informasjonen må gis på en profesjonell måte. Både den verbale og den nonverbale kommunikasjonen er like viktige i samtaler med pasienter, og sykepleiere må være bevisste på hvordan de ulike kommunikasjonsformene kommer til uttrykk (Eide & Eide,

2017, s. 17). Informasjon som støtte viser seg å være viktig for menn med brystkreft, hvor det ble rangert som nest viktigst etter emosjonell støtte, i studien til Midding et al. (2019). Denne informasjonen ble oftest gitt av helsepersonell.

Informasjon kan gis på flere måter. En kombinasjon av både skriftlig og muntlig har vist seg å være ideell for mange (Kristoffersen, 2016b, s. 398). Studien til Iredale et al. (2006) viser til resultater om at de aller fleste menn med brystkreft fikk muntlig informasjon fra helsepersonell på sykehuset, og deretter fikk de skriftlig informasjon. Samtidig trenger det ikke nødvendigvis å gis i denne rekkefølgen, da pasientene kan foretrekke forskjellige formidlingsmetoder. Dette gjenspeiler seg også i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere ved at informasjonen skal individuelt tilpasses og den skal bli forstått av mottakeren (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Ifølge Lazarus og Folkman kan revurdering i en stressende situasjon bidra til mestring hos pasienten (Lazarus, 2006, s. 145). Å få informasjon fra sykepleiere kan derfor tenkes å bidra til dette.

Selv om informasjon viser seg i studiene å være en viktig faktor for at menn med brystkreft skal kunne mestre sykdommen, er det nødvendig at sykepleiere er klar over at for mye informasjon også kan være uheldig. Det kan være overbelastende for pasienten å få altfor mye informasjon om han selv ikke er klar for å motta den. Det blir derfor viktig at sykepleiere er bevisst på hvor mye informasjon som skal gis, og når den skal gis, sett i forhold til pasientens tilstand og situasjon (Eide, 2017, s. 217-219). Dette har jeg også selv erfart ved at noen vil ha mye informasjon, mens andre vil redusere mengden. Jeg har også sett at dette gjerne henger sammen med hvor nylig diagnosen har blitt stilt og hvor alvorlig den er. Dette var i samtaler med kvinnelige brystkreftpasienter, og ikke menn, så ulikheter kan derfor forekomme.

Forskningen til Iredale et al. (2006) viser også at noen leste seg opp på egen hånd via internett. Det var også menn i artikkelen til Pituskin et al. (2007) som prøvde å lese seg opp på internett, men som ikke kunne finne noe annet enn informasjon som var relatert til kvinner. En mann fortalte om dette på følgende måte: "(...) I checked the Internet, and everything was about women. Everything about breast cancer is about women." (Pituskin et al., 2007, s. 48). Det er ingen hemmelighet at internett er en viktig kilde til informasjon hos dagens pasienter. Tilgjengelighet av faglig, oppdatert informasjon på denne plattformen kan derfor være av verdi for enkelte menn med brystkreft, samtidig som de også bør oppfordres til å være kritiske til informasjonen som finnes der.

Ikke-relatert informasjon er noe som går igjen i mange av de inkluderte studiene. Iredale et al. (2006), Nguyen et al. (2019) og Pituskin et al. (2007), viser i sine resultater at konkret informasjon til menn er en mangelvare. Informasjonen er ofte tilpasset kvinner med brystkreft og de føler seg dermed underrepresentert i alle informasjonskilder. Det som også er relevant å se på her er at disse artiklene har et stort spenn i forhold til årstall. Med andre ord kan det se ut som at mye av det som tidligere har blitt forsket på innenfor dette området ikke har blitt noe bedre, siden de samme resultatene også kommer frem over ti år senere.

Slik Benner og Wrubel ser på sykdom, stress og mestring er det viktig at det blir gjort et ”brudd” i det man opplever som stress, og at det videre kan gi en forståelse av situasjonen på en meningsfull måte (Kirkevold, 1998, s. 203). Informasjon skal være med på å øke mestringsfølelsen, og dette kan gjøres ved at pasienten selv anser den gitte informasjon som nyttig. Sykepleiere må da ha en samtale med pasientene for å finne ut hva som er nødvendig for den enkelte å få mer kunnskap om, og ha en dialog som går på pasientens premisser (Eide & Eide, 2017, s. 217-219). Dette beskrives også tydelig i studien til Quincey et al. (2016), hvor det blir etterspurt av en mann i en av de inkluderte studiene: ”Where’s my voice?” (Quincey et al., 2016, s. 20).

Samtidig som det gis uttrykk for lite relevant informasjon, gis det også uttrykk for manglende informasjon i flere studier. Resultater av artiklene til Iredale et al. (2006), Quincey et al. (2016) og Nguyen et al. (2019) viser at informasjon om spesifikke bivirkninger som er relatert til menn er sterkt savnet hos pasientene. Det samme er informasjon om ulike behandlingsalternativer i sistnevnte artikkel. Det å få kunnskap om egen sykdom og behandling som kan og skal gjøres, kan være avgjørende for at pasienten skal kunne oppnå såkalt problemorientert mestring, ifølge teorien til Lazarus og Folkman (Lazarus, 2006, s. 145). Dette gjøres ved å aktivt søke etter støtte, veiledning og kunnskap. (Kristoffersen, 2016a, s. 249 & 251).

Muligheten for å kunne se et bilde av mastektomi hos menn med brystkreft er også noe enkelte informanter savner i studiene til Iredale et al. (2006) og Quincey et al. (2016). Dette kan da legges inn i skriftlige brosjyrer med informasjon som pasientene blir tildelt. Et viktig mål med informasjonen som blir gitt er at det er pasienten som er hovedfokuset, og at hans behov, ønsker og problemer skal ivaretas (Reitan, 2017a, s. 112). Brystkreftforeningen i Norge har laget en brosjyre som tilfredsstillende både i forhold til informasjon om behandlingsalternativer og de har et bilde av mastektomi hos menn. Dette er derimot en egen brosjyre

som kun omhandler menn (Brystkreftforeningen, u.å.d.), noe en del forskning argumenterer imot. Studiene til både Iredale et al. (2006), Quincey et al. (2016) og Pituskin et al. (2007) viser til at flertallet av informantene vil inkluderes i de brosjyrene som allerede finnes for kvinner og ikke ha egne informasjonsmateriell som kun er for menn.

Det kan tenkes å være flere grunner til at informasjonen både er lite relevant og mangelfull. Siden brystkreft for menn er så lite utbredt som det er, kan det være sjelden helsepersonell kommer i kontakt med akkurat denne pasientgruppen, og har derfor lite kunnskap og erfaring. Samtidig er det også lite forskning på området, så konkret informasjon rett og slett kanskje ikke er tilgjengelig (Gucalp et al., 2019, s. 37). Jeg tenker dette uansett burde formidles til pasientene på en god måte slik at det blir forstått, og samtidig vise forståelse for at det kan være vanskelig for de og ikke få den nødvendige informasjonen de føler de trenger.

Hverdagene i helsevesenet kan ofte være travle hvor det er mye som skal gjøres (Renolen, 2015, s. 196). Dette må uansett ikke gå utover at informasjon blir nedprioritert, utsatt og kanskje videre glemt. Å gi informasjon er noe som er lovpålagt i helsepersonelloven §10 (1999) og som derfor alle sykepleiere må forholde seg til, samtidig som det viser seg å være essensielt for mange mannlige brystkreftpasienter.

5.3 Tilhørighet til andre i samme situasjon kan virke positivt

Å tilrettelegge for at pasientene kan komme i kontakt med sin aktuelle pasientforening og eventuelle andre frivillige tilbud er en sykepleieroppgave (Reitan, 2017b, s. 99), som også legger seg innunder at en sykepleier skal gi omsorg og støtte til pasienten i form av helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dette blir da kategorisert som likemannsstøtte, hvor støtten blir gitt av andre som er i samme situasjon. Det kan her være enten støttegrupper, andre menn med brystkreft eller brystkreftforeningen (Renolen, 2015, s. 196).

Støttegrupper er et tiltak som kan være nyttig for mange pasienter som har samme sykdom. Her kan de støtte hverandre ved å dele de erfaringene de har opparbeidet seg (Renolen, 2015, s. 176). En mann i artikkelen til Nguyen et al. (2019) forteller om sin positive opplevelse slik: ”To be honest, I don’t know how I would be managing if I never had (the support group). They gave me back the will to live and I will always be gratefull for that.” (Nguyen et al., 2019, s. 4). De som allerede deltok i grupper her var fornøyde med det, samtidig var de som ikke deltok mer usikre.

Flere argumenter kan ligge til grunn for nettopp dette. De har kun tanker om hvordan det kan være, men har ingen konkret erfaring over hvordan det faktisk er. Det samme kan gjelder de pasientene som ikke hadde interesse for å delta, som både kommer frem i studiene til Iredale et al. (2006) og Quincey et al. (2016) hvor flertallet ikke var interessert, og i studien til Pituskin et al. (2007) hvor ingen menn hadde lyst. Organiseringen av støttegrupper kan også være grunn for at noen ikke vil delta. Det skal være komfortabelt å være i gruppen som ofte ligger på mellom ti og femten personer (Visel, 2006, s. 123). Grunnet de få tilfellene av mannlig brystkreft kan det være vanskelig å samle så mange til en gruppe, og om det hadde vært mulig kan grupper på denne størrelsen være for store for noen.

Midding et al. (2019) kategoriserer møte med andre brystkreftpasienter også under emosjonell støtte, sammen med pårørende. Også her var svært få menn med i en støttegruppe og det var heller ikke stor interesse for å delta. Grunner for å ikke delta var blant annet at de ikke hadde et behov for å snakke med andre om det, eller de var engstelige for at det skulle bli mange triste, nedtrykte samtaler, hvor de hele tiden skulle bli minnet på at de var syke. Dette kan henge sammen med den emosjonelt orienterte omsorgen, slik Lazarus og Folkman ser det, ved at de enten har akseptert sin egen sykdom eller at de rett og slett ikke har det (Lazarus, 2006, s. 145). Sett gjennom Benner og Wrubels øyne i forhold til mestring av kreft må håp, selvtillit og forståelse av seg selv være tilstede (Konsmo, 1995, s. 160). Dette kan bidra til mer åpenhet rundt sykdommen og den nye tilværelsen som kreftsyk. For at menn skal klare å åpne seg mer opp blir det da igjen viktig at sykepleiere tilrettelegger for at samtaler av denne sorten skal kunne foregå i en trygg og rolig atmosfære, slik Pituskin et al. (2007) beskriver i sin artikkel.

Iredale et al. (2006) kom også frem til at menn med høyt sykdomsrelatert stress, tok mer initiativ til å snakke om egne problemer med andre. Dette kan knyttes til Lazarus og Folkmans definisjon om mestring ved at pasientene tilstreber å endre sine atferdsmønstre fordi det går utover egne mestringsressurser (Lazarus og Folkman, 1984, s. 141). Det kan da tenkes at den nye hverdagen ikke lenger er håndterbar, som videre fører til at pasienten må ta et valg om å endre egen tankegang for å få det bedre selv. De tar da i bruk problemorientert mestring ved å faktisk gjøre noe med den situasjonen de er i akkurat nå (Kristoffersen, 2016a, s. 249 & 250).

En støttegruppe er ikke nødvendigvis den eneste måten denne støtten kan tilfredsstilles på. Selv om ingen i studien til Pituskin et al. (2007) ville være med i en gruppe, var det noen som kunne tenke seg å kun snakke med én annen mann med brystkreft. Noen menn i studien til Nguyen et al. (2019) savnet også noen å snakke med, men ikke i en gruppesetting. Det samme kommer frem i resultatene til Iredale et al. (2006) hvor flertallet mente dette kunne være av mer nytteverdi enn en støttegruppe. "Likepersonstjenesten" er et tilbud i brystkreftforeningen i Norge hvor pasienter kan få muligheten til å snakke med en annen med samme sykdom, i dette tilfellet menn som har brystkreft. Samtalen kan enten være på telefon eller det kan planlegges et møte (Brystkreftforeningen, u.å.c.). En slik tilnærming kan derfor være av betydning for enkelte pasienter som ikke føler at en hel gruppe vil være gunstig.

En informant i artikkelen til Midding et al. (2019) beskriver også det samme på følgende måte: "It was a bit like that, you just think, when you talk to an AFFECTED guy, that's quite different from talking to doctors. And that has really been good for me." (Midding et al., 2019, s. 6). Funn i samme artikkel viser at de mennene som var i kontakt med andre brystkreftpasienter, ofte var det med andre kvinner og ikke andre menn. Dette kan henge sammen med det faktum at det er så få menn som får brystkreft, og at muligheten for å kunne snakke med en annen mann ikke er tilstede, samtidig som det også er så få menn som ønsker å ta del i en støttegruppe. Nguyen et al. (2019) beskriver også at noen menn her var i støttegrupper som var representert med begge kjønn, og trivdes med det. Andre igjen var mer skeptiske til det da de mente menn og kvinner har ulike behov.

Jeg har selv aldri vært med på eller observert en støttegruppe for brystkreftpasienter, men jeg har vært med på å informere pasienter om de ulike tilbud som finnes. Erfaringer jeg har gjort i forhold til dette er at det er noe de aller fleste ønsker å få informasjon om og er interesserte i å være med på. Igjen er dette mest relatert til kvinner, da jeg kun har vært i kontakt med én mann med brystkreft, så forskjeller kan derfor være tilstede. Ved at sykepleiere bryr seg om pasienten og skaper et mellommenneskelig forhold som bygger på omsorg kan det, ifølge Benner og Wrubel, bidra til at pasienten får tillit og lettere vil ta imot den hjelpen han blir tilbudt (Kirkevold, 1998, s. 200). Informasjon og mulighet for selvbestemmelse blir derfor viktig i en slik situasjon (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Flertallet av menn i de inkluderte studiene i syntesen til Quincey et al. (2016) ville ikke ta del i en støttegruppe, men det fremkommer samtidig at det ikke var alle som ble tilbudt det heller. Forfatterne av denne artikkelen presiserer at møte med brystkreftoverlevende menn kan være betydningsfullt for mange pasienter, og at det er noe som må overveies mer fremover.

Midding et al. (2019) konkretiserer videre at blant annet sykepleiere både må informere og motivere menn til å delta i en støttegruppe. Da kommer informasjon inn igjen som en viktig sykepleieroppgave, som skal, og må, gis ifølge helsepersonelloven §10 (1999). Det blir da viktig å videreformidle hvordan en støttegruppe er og hensikten med det. Det blir også viktig å presisere at alle i gruppen skal være trygge på at det som blir sagt, ikke skal bli sagt videre til andre utenfor (Visel, 2006, s. 123). På denne måten er sykepleieren med på å støtte pasienten. Videre kan pasienten få flere å støtte seg på, og samtidig være en god støtte for andre pasienter igjen.

6.0 Konklusjon

Antall brystkrefttilfeller hos menn er få og forskning på området er også deretter, men desto viktigere er det å være klar over at denne pasientgruppen trenger like mye støtte som andre pasienter. Denne oppgavens hensikt var å se hvordan sykepleiere kan støtte menn med brystkreft til mestring av sykdommen og problemstillingen var følgende: **”Hvordan kan sykepleiere støtte menn som er rammet av brystkreft?”**

Pårørende kommer frem som en klar kilde til støtte hos pasientene, og sykepleiere må derfor være flinke til å inkludere de og også få de til å føle seg sett og ivaretatt. Informasjon er en vesentlig del av en sykepleiers arbeid, og dette er det mange menn med brystkreft som savner. Mer konkret og spesifikk informasjon til menn blir derfor viktig i arbeidet med denne pasientgruppen, samt å gi skriftlige informasjonsbrosjyrer som både inkluderer menn og kvinner. Støttegrupper er det mange som er skeptiske til, men det å få muligheten til å delta kan vise seg å være nyttig. Å kun snakke med én annen mannlig brystkreftpasient kan for mange være enda mer betydningsfullt. Sykepleiere må stå frem her og både informere pasientene om de mulighetene de har, samt å motivere.

Mer forskning på dette området vil være en stor fordel. Det vil da kunne bli enda tydeligere hva som bør vektlegges for at også denne, ofte litt glemte pasientgruppen, skal få den støtten de trenger av sykepleiere for å mestre den nye hverdagen som kommer med diagnosen brystkreft.

7.0 Referanseliste

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen L. (2017). Svulster. I: Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (Red.), *Sykdom og behandling*. (s. 130-131) Oslo: Gyldendal.

Brystkreftforeningen. (u.å.a.). Brystkreft hos menn. Hentet 6. oktober 2019 fra <https://brystkreftforeningen.no/om-brystkreft/brystkreft-hos-menn>.

Brystkreftforeningen. (u.å.b.). For pårørende. Hentet 13. april 2020 fra <https://brystkreftforeningen.no/tilbud/parerende>

Brystkreftforeningen. (u.å.c.). Likepersonstjenesten: Noen å snakke med. Hentet 3. februar 2020 fra <https://brystkreftforeningen.no/tilbud/likepersonstjenesten>.

Brystkreftforeningen. (u.å.d.). Menn med brystkreft. Hentet 17. april 2020 fra https://brystkreftforeningen.no/images/pdf/Brosjyrer/Nye_2019/BF_Menn_med_brystkreft.pdf

Brystkreftforeningen. (u.å.e.). Rosa sløyfe-aksjonen. Hentet 6. oktober 2019 fra <https://brystkreftforeningen.no/om-oss/rosa-sloyfe-aksjonen>.

Bøckmann, K. & Kjellehold, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten. En klinisk og juridisk innføring*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Critical Appraisal Skills Programme (u.å.). Hentet 7. april 2020 fra <https://casp-uk.net>

Cutrone, J. N., Segna, A. N. & Baron, R. H. (2018). Male Patients With Breast Cancer: Addressing needs using an educational task force. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(4), 415-420. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.415-420>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal.

Eide, H & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal.

Gucalp, A., Traina, T. A., Eisner, J. R., Parker, J. S., Selitsky, S. R., Park, B. H. (...) & Cardoso, F. (2019). Male breast cancer: a disease distinct from female breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 173(1), 37-48.

<https://doi.org/10.1007/s10549-018-4921-9>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.

Hong Q. N, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P (...) & Vedel I. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). (2018). Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada. Hentet 7. april fra

http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf

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.

[Http://doi.org/10.1016/j.ejca.2005.09.027](http://doi.org/10.1016/j.ejca.2005.09.027)

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør: om omsorgens betydning for sykepleie*. Oslo: Tano.

Kreftforeningen. (2020, 27. januar). Pårørende. Hentet 13. april 2020 fra

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/parorende/>

Kreftregisteret. (2020, 3. februar). Brystkreft. Hentet 6. april 2020 fra

<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Om-kreft/Brystkreft-Alt2/>.

Kristoffersen, N. J. (2016a). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (s. 247-251). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2016b). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (s. 386 & 398). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie – fag og funksjon*. (s. 112). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser – en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Stubberud, D., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (s. 398 & 399). Oslo: Gyldendal.
- Midding, E., Halbach, S. M., Kowalski, C, Weber, R, Würstlein, R & Ernstmann, N. (2019). Social Support of Male Breast Cancer Patients – a Mixed-Method Analysis. *American Journal of Men's Health*, 13(4), 1-14. <https://doi.org/10.1177/1557988319870001>
- Nguyen, T. S., Bauer, M., Maass, N. & Kaduszkiewicz, H. (2020). Living with Male Breast Cancer: A Qualitative Study of Men's Experiences and Care Needs. *Breast Care*, 15(1), 6-12. <https://doi.org/10.1159/000501542>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>).
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>.

- Pituskin, E., Williams, B., Au, H. J. & Martin-McDonald, K. (2007). Experiences of men with breast cancer: a qualitative study. *Journal of Men's Health and Gender*, 4(1), 44-51. <http://doi.org/10.1016/j.jmhg.2006.12.002>
- Quincey, K., Williamson, I. & Winstanley, S. (2016). 'Marginalised malignancies': A qualitative synthesis of men's accounts of living with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 149, 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.032>
- Reitan, A.M. (2017a). Klinisk kommunikasjon. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T. K. (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling*. (s. 112). Oslo: Cappelen Damm.
- Reitan, A.M. (2017b). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T. K. (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling*. (s. 92-100). Oslo: Cappelen Damm.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved brystkreft. I: Stubberud, D., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (s. 438 & 442). Oslo: Gyldendal.
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thune, I. (2017). Brystkreft. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T. K. (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling*. (s. 463). Oslo: Cappelen Damm.
- Visel, D. (2006). *Living with cancer: a practical guide*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Vedlegg 1: PICO

Patient/problem	Intervention	Comparison	Outcome
Mannlige brystkreftpasienter	Støtte fra sykepleiere	-	-
Men with breast cancer/breast neoplasm	Support from nurses/health care professionals	-	-

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Cinahl

Søkedato	Søk nummer	Søkeord/kombinasjoner/avgrensing	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
25.01.20	1	Male breast cancer OR Breast neoplasms, Male	722	12	9	<i>"The experiences of men with breast cancer in the United Kingdom"</i> (Iredale, R., Brain, K., Williams, B., France, E. & Gray, J., 2006).
		AND support	40			
		Avgrensing: Include all subheadings				
25.01.20	2	Male breast cancer OR Breast neoplasms, Male	722	3	3 ingen nye	Ingen relevante
		AND coping	7			

Medline

Søkedato	Søk nummer	Søkeord/ kombinasjoner/ avgrensing	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
25.01.20	3	Male breast cancer OR Breast neoplasms, Male	3510	17	10	<p><i>"Social Support of Male Breast Cancer Patients-a Mixed-Methods Analysis"</i> (Midding, E., Halbach, S. M., Kowalski, C, Weber, R, Würstlein, R & Ernstmann, N., 2019).</p> <p><i>"Marginalised malignancies': A qualitative synthesis of men's accounts of living with breast"</i> (Quincey, K., Williamson, I. & Winstanley, S., 2016)</p>
		AND Support	866			
		Avgrensing: Include all subheadings "Qualitative (best balance of sensitivity and specificity)"	67			
25.01.20	4	Male breast cancer OR Breast neoplasms, Male	3510	2	2	Ingen relevante
		AND coping	6			

Embase

Søkedato	Søk nummer	Søkeord/ kombinasjoner/ avgrensing	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
26.01.20	5	Male breast cancer	2344	13	10	<p><i>"Living with Male Breast Cancer: A Qualitative Study of Men's Experiences and Care"</i> (Nguyen, T.S., Bauer, M., Maass, N. & Kaduszkiewicz, H., 2019)</p> <p><i>"Experiences of men with breast cancer: a qualitative study"</i> (Pituskin, E., Williams, B., Au, H. J. & Martin-McDonald, K., 2007)</p>
		AND Support	109			
		Avgrensing: Include all subheadings "Qualitative (best balance of sensitivity and specificity)"	28			
26.01.20	6	Male breast cancer	2344	5	4	Ingen relevante
		AND coping	8			

Vedlegg 3: Litteratormatrise

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
<p>“The experiences of men with breast cancer in the United Kingdom”</p> <p>Iredale, R., Brain, K., Williams, B., France, E. & Gray, J. (2006).</p>	<p>Hensikten er å se på menns erfaringer i forhold til å bli diagnostisert med brystkreft. Tar utgangspunkt i fire hovedtemaer; diagnosetidspunkt, informasjonsbehov, støtte og opplysning om sykdommen.</p>	<p>Mixed-method studie, bestående av fire deler.</p>	<p>Menn med brystkreft, under 10 år siden stilt diagnose. Gjennomsnittlig 67 år gamle. 161 menn deltok i surveyen, 30 ble videre intervjuet i eget hjem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trenger mer spesifikk informasjon til menn - Mest muntlig informasjon, så skriftlig, noen få brukte internett - Få menn fikk se bilde av en mastektomi, noen savnet dette - Savnet informasjon om bivirkninger av behandling - Støtte fra ektefeller - Få menn deltok/hadde deltatt i en støttegruppe, noen ville ha muligheten - Hjelp fra en utenforstående kunne anses som hjelpsomt - Mer sykdomsstress = mer sannsynlighet for å oppsøke profesjonell hjelp
<p>”Social Support of Male Breast Cancer Patients—a Mixed-Methods Analysis”</p> <p>Midding, E., Halbach, S. M., Kowalski, C., Weber, R., Würstlein, R & Ernstmann, N. (2019).</p>	<p>Hensikten var å undersøke den sosiale støtten menn med brystkreft i Tyskland får, både hvor tilgjengelig den var og hvilke former som ble mest brukt.</p>	<p>Mixed-method studie, kvantitativ spørreundersøkelse og kvalitativt intervju.</p>	<p>Menn med brystkreft, i gjennomsnitt 67 år gamle med et diagnosetidspunkt på ca. 4 år. 100 menn deltok i den kvantitative spørreundersøkelsen, 27 menn ble kvalitativt intervjuet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1. Emosjonell støtte - 2. Informasjonsstøtte - 3. Praktisk støtte - Partner var den viktigste støtten, også annen familie, nære venner og kollegaer - De fleste hadde møtt andre kvinner med brystkreft, ikke menn - 15,3% var med i en støttegruppe, de fleste ønsket ikke å delta - Informasjon ble gitt av helsetjenesten, pårørende med helsebakgrunn ble ansett som positivt

				<ul style="list-style-type: none"> - Får tilbud om praktisk støtte fra familie og venner, bruker mest partner - Tilrettelegging på jobb - Viktig at pårørende blir inkludert - Sykepleiere må informere og motivere til støttegruppe
<p>”Marginalised malignancies: A qualitative synthesis of men's accounts of living with breast cancer”</p> <p>Quincey, K., Williamson, I. & Winstanley, S. (2016)</p>	Hensikten var å undersøke menns erfaringer med å ha brystkreft sett fra et psykologisk perspektiv.	Kvalitativ syntese som inkluderer åtte kvalitative studier, fra 2000 til 2013.	92 menn som er fra flere ulike land og er på ulike sykdomsstadier.	<ul style="list-style-type: none"> - Støtte fra partner var viktigste støttekilde - Alle, ved unntak av to, hadde god støtte i familien sin - Lite informasjon som fokuserte på menn - Ønsket mer informasjon om bivirkninger - Ville inkluderes i allerede eksisterende skriftlig materiale, gjerne med bilder - Noen ble tilbudt støttegruppe, andre ble ikke det - De fleste ønsker ikke delta i en støttegruppe - Viktig å få muligheten
<p>”Living with male breast cancer: A qualitative study of men’s experiences and care needs”</p> <p>Nguen, T.S., Bauer, M., Maass, N. & Kaduszkiewicz, H. (2019)</p>	Hensikten var å finne ut hvordan menn opplever å ha brystkreft, og å få en oversikt over tiltak som kan være støttende overfor disse pasientene.	Kvalitativ studie, semistrukturert telefonintervju.	18 menn med gjennomsnittlig alder på 68,5 år, som alle har brystkreft. To grupper; en støttegruppe og en gruppe fra et sykehus.	<ul style="list-style-type: none"> - Støtte fra ektefelle - Positive effekter av støttegrupper (de som allerede var medlem) - Negative tanker om støttegrupper (de som ikke var medlem) - Manglende spesifikk støtte - Savn over å kunne prate med andre menn med brystkreft - Lite informasjon som var tilpasset menn

<p>”Experiences of men with breast cancer: a qualitative study”</p> <p>Pituskin, E., Williams, B., Au, H. J. & Martin-McDonald, K. (2007)</p>	<p>Hensikten var å undersøke menn med brystkreft sine følelser til diagnosen eller etter behandling av sykdommen.</p>	<p>Kvalitativ studie, ansikt til ansikt intervju.</p>	<p>20 menn med en gjennomsnittsalder på 63 år. Diagnosetidspunkt er gjennomsnittlig på 7 år.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Skape et trygt og terapeutisk miljø - Ingen/lite informasjon relatert til menn - Ønsket å bli inkludert i de skriftlige brosjyrene for kvinner - God støtte fra ektefeller - Ingen ønsket deltakelse i støttegruppe - Noen ville prate med en annen mann med brystkreft
---	---	---	--	--